

**ОСОБЕННОСТИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ ОВД
КАК СПОСОБ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ, СТРАДАЮЩЕЙ СОМАТОФОРМНОЙ
ДИСФУНКЦИЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАРДИАЛЬНОГО ТИПА
(В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ)**

Безчасный К.В.

Безчасный Константин Васильевич

кандидат медицинских наук, врач-психиатр; федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел Российской Федерации по городу Москве», ул. Веткина, д. 9 стр. 1, Москва, 127521, Россия. Тел.: 8 (495) 619-08-40.

E-mail: kv2005spb@mail.ru

Аннотация. В статье отражены основные характеристики приспособительного ответа у сотрудников МВД и пациентов общесоматической сети, страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы в их сравнительном аспекте. Обозначены особенности, способствующие оптимизации приспособления в условиях заболевания, а также явления, затрудняющие приспособление. Представлено место основных аффективных состояний (астении, тревоги, депрессии) при оформлении приспособительного ответа в условиях заболевания соматоформными расстройствами. Исследовалась структура и динамика процессов приспособительного реагирования у этих пациентов.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция кардиального типа; стилистика защитного реагирования; механизмы совладающего поведения; приспособительный ответ; психопрофилактика.

УДК 159.9:616.89—057.36

Библиографическая ссылка

Безчасный К.В. Особенности приспособительного реагирования сотрудников ОВД как способ адаптации личности, страдающей соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы кардиального типа (в связи с задачами психопрофилактики) // Медицинская психология в России. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-8

Поступила в редакцию: 01.08.2020 Прошла рецензирование: 25.02.2021 Опубликована: 24.03.2021

Введение

Исследование проявлений патологии соматоформного круга имеет в отечественной психиатрии достаточно давние традиции. В этой связи важно сослаться на труды А. Ф. Лазурского, В. М. Бехтерева и их сотрудников, а также работы как продолжение их научного наследия (Мясищев, Карвасарский, Яковлева, Голант, Исурина, Тупицын, Зачепиский, Ташлыков и др.). Несомненное значение этих работ лишь подчеркивает их важное научно-методическое влияние, оказанное на ход дальнейших исследований в области пограничных психических заболеваний. Несмотря на то, что основные научные положения их трудов, безусловно, относятся к общепризнанным и заслуженным, ряд вопросов остается предметом пристального клинического внимания. Однако в этой сложной области пограничной психиатрии необходимо занимать определенную, выработанную на основе системных клинических фактов позицию. Толкования природы соматоформных расстройств на современном этапе исследования весьма различны. Значительный удельный вес соматоформных расстройств в структуре нервно-психических заболеваний давно уже привлекает внимание клиницистов к проблеме их систематизации [2; 5].

В последние десятилетия наметилась серьезная тенденция к соматизации у большинства форм пограничных психических заболеваний с формированием сложных вегетативно-соматических нарушений и затяжным течением заболевания [5; 6; 7], что не может не вызывать озабоченности. Стертость клинической картины психопатологических проявлений, сближение соматоформных расстройств с симптомами соматической патологии создают значительные дифференциально-диагностические трудности [6; 8]. В ряде публикаций соматоформные расстройства (далее — СФР) рассматриваются в качестве единого клинического образования, подчиняющегося общим закономерностям формирования и динамики невротогенеза в целом (Карвасарский Б. Д., 1990; Карвасарский Б. Д., Простомолотов В. Ф., 1988). Вместе с тем существует большой объем наблюдений (Якубзон А. М., 1988; Вейн А. М., 1997; Смулевич А. Б., 2018), свидетельствующих о возможности интерпретации невротических расстройств в более широких пределах, допускающих сосуществование СФР как отдельных синдромов с признаками другой патологии (Иванов С. В., 2002).

Актуальность изучения СФР диктуется как их высокой распространенностью [5], так и недостаточной разработанностью темы в целом. Является очевидной необходимостью проведение психогигиенической работы с данным контингентом больных, в ходе которой особое внимание целесообразно уделять личностным особенностям, в том числе скрытого характера [8]. Специфика отношения к заболеванию, по мнению ряда авторов, является синонимом внутренней картины болезни, которая формируется в защитных целях как реакция на заболевание и отражает реальные трудности приспособления к фактору заболевания [3].

Целью настоящей работы является исследование особенностей приспособительного реагирования в условиях заболевания соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы кардиального типа.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе поликлиники №3 ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве» и ООО «Центральная поликлиника литературного фонда» (Москва) в период с 2009 по 2017 гг. Группа исследования включала в себя 58 сотрудников подразделений ГУ МВД России по г. Москве, страдающих соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы кардиального типа. Исследование проводилось клиническим методом, комиссией врачей-психиатров, с использованием разработанной Психосоциальной анкеты. Диагностический отбор пациентов проводился на основании критериев МКБ-10 в рамках рубрики (F.45.3) среди лиц, давших добровольное информированное согласие на исследование. Критериями исключения являлось наличие соматического заболевания в стадии декомпенсации и коморбидного психического заболевания. Пациенты были отобраны в данную группу на основании сочетания соматоформной патологии с вегетативными кризами, сопровождающимися тревожно-фобической симптоматикой. Основное место занимали тревожные расстройства, которые по степени выраженности варьировали от внутреннего напряжения с оттенком тревожности до интенсивного чувства страха с переживанием витальной угрозы. Пациенты имели конкретное содержание страха, которое отличалось психологически понятной структурой, выводимой из характера и тяжести соматических ощущений в вегетативном кризе (страх умереть от остановки сердца, нехватки воздуха). Другие описывали беспредметный страх. Группу исследования составили 28 мужчин (48%) и 30 женщин (52%), возраст пациентов находился в интервале от 20 до 54 лет, средний возраст — 34,3.

В группу сравнения входили гражданские пациенты общесоматической (амбулаторно-поликлинической) сети (19 человек) с аналогичным заболеванием. Среди них — 3 мужчин (16%) и 16 женщин (84%) в возрасте от 18 до 53 лет, средний возраст — 31,44. Отбор включал в себя тот же алгоритм. В контрольную группу включены практически здоровые лица — 75 человек в возрасте от 19 до 52 лет, из них 22 мужчины (29%) и 53 женщины (71%).

При исследовании использовался следующий психологический инструментарий:

1. Шкала астенического состояния (Малкова Л. Д., 1977).
2. Опросник депрессии (BDI) (Beck A., 1961).
3. Шкала личностной и ситуативной тревожности (Spielberger C. D., 1972; Ханин Ю.Л., 1976).
4. Опросник копинг-поведения E. Heim (1988).
5. Методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика — Келлермана — Конте (1979).

Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS-22.0. Большинство показателей групп исследования характеризовались нормальным распределением. Оценка данных проводилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента. С целью выявления корреляции использовался критерий (r) Пирсона. Статистически значимой считалась разница показателей не ниже уровня $p < 0,05$.

Результаты исследования и их анализ

Тревожно-фобические расстройства в основных группах исследования характеризовались эпизодами тревоги ожидания развития криза, которые отмечались после первого приступа. С течением времени у больных выявлялась тенденция к сглаживанию, утрате яркости фобического ожидания; у других, напротив, отмечалась невозможность «притерпеться» к переживаемому, что способствовало формированию стойкого ограничительного поведения, и кризы могли приобрести ситуационный характер. С другой стороны, среди страхов, которые выводились из перманентных наиболее ярких вегетативно-соматических расстройств, ведущее место занимали кардиофобические и нозофобические проявления. Ипохондрические включения наблюдались значительно реже и имели нестойкий, аморфный характер и не достигали уровня сверхценных образований. Депрессивный аффект был нерезко выражен и скрыт за массивными перманентными вегетативными расстройствами. Отличительными чертами этой группы больных являлись: усложнение структуры вегетативных кризов, интенсивность, сложность и полиморфность эмоциональных расстройств, субъективно высокая оценка тяжести пароксизма, удлинение времени длительности пароксизма. Вегетативные кризы протекали в рамках сложных психопатологических синдромов, как правило, дебют криза, накладываясь на личностные особенности, приводил к дальнейшему усугублению и развитию вегетативно-соматических нарушений.

Обращал на себя внимание психогенез вегетативного криза: с нарастанием «атипичных» симптомов в структуре кризов углублялась «соматизация», но не за счет повышения уровня тревоги, а за счет нарастания ипохондрических и демонстративных проявлений. Высокий уровень стрессовой нагрузки, несомненно, предшествовал развитию вегетативного приступа. При этом причинно-следственную связь между стрессогенными событиями и заболеванием можно было трактовать с двух позиций: как следствие болезни (результат взаимодействия события и конфликтной ситуации) и как причину заболевания (психосоциальное событие как инициальный фактор в развитии вегетативного криза).

Развитие соматоформной вегетативной дисфункции происходило, как правило, спонтанно, под влиянием внешних воздействий в условиях длительного психоэмоционального напряжения, вызванного противоречивым отношением к психотравмирующей ситуации, чаще в семейно-супружеской сфере. Вегетативный криз, сопровождаемый танатофобией, развивался у вегетативно-стигматизированных больных, с детства плохо переносящих духоту, транспорт, качели, резкие запахи. Для женщин были характерны токсикозы первой половины беременности. Повторные пароксизмы возникали чаще вечером дома, в присутствии родных. Быстро менялся и стиль жизни больных: они настойчиво обращались за помощью к родным, близким; страх смерти сопровождался

боязнью одиночества. Возникший страх перед вегетативным приступом и непонятными причинами его возникновения часто усугублялся ятрогенными воздействиями, вскоре конкретизировался, связываясь с ярко воспринимаемыми ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Большинство больных отмечало в анамнезе возникновение подобных вегетативных нарушений, но патогенный характер они приобрели лишь в условиях трудноразрешимой жизненной ситуации. Первоначально вызванные соматоневрологическими вредностями, вегетативные кризы в дальнейшем провоцировались психогенными факторами и несли особый смысловой оттенок, играя ключевую роль в разрешении (или избегании?) неблагоприятных ситуаций.

В клинической картине вегетативного приступа с тревожно-фобической симптоматикой обращали на себя внимание «яркость», выраженность симптоматики, детальное описание больными своего болезненного состояния, стремление представить себя в лучшем свете, подчеркнутость собственных страданий и «мужественного» поведения в период приступа, демонстративность, вовлечение в собственное «спасение» близких людей. Отмечалась своеобразная сенсбилизация к ситуациям, тематически связанным с приступами страха. Интенсивность опасений за сердце и вегетативных проявлений зависит от значимых, преимущественно семейно-бытовых и супружески-сексуальных отношений. Устойчивость кардиофобического синдрома зависела от степени разрешимости психотравмирующей ситуации. Возникшие под влиянием внешних факторов вегетативные кризы расценивались больными как проявление «опасного» заболевания сердца, что давало «возможность прекратить половую жизнь, не приносящую удовлетворения» из-за чрезмерно высоких притязаний. Когда наличие «сердечного заболевания» подвергалось сомнению, вегетативные приступы учащались.

В ходе сравнительного анализа основных аффективных состояний (астении, депрессии, тревоги личностной и тревоги ситуационной), вне зависимости от их нозологической принадлежности и ведущего клинического синдрома, выяснилось, что они имели довольно сложную структурно-синдромальную конфигурацию. Так, среди сотрудников МВД показатели астенизации, по сравнению с контрольной группой, имели тенденцию к усугублению состояния при длительности заболевания свыше 3 лет, что может говорить о ригидности приспособительного репертуара, а астенизация — указывать на изменение патоластики состояния ($t = 1,832$; $p = 0,069$).

Тревога входит в число диагностических критериев, имеющих большую значимость для оценки тяжести депрессии, однако сравнительный анализ не показал жесткой сцепленности этих аффективных состояний в группах исследования. У большинства пациентов наблюдались признаки тревоги (чувство беспокойства, внутренний дискомфорт, неопределенные опасения и ожидания, психическая напряженность). Тревога и депрессия в качестве облигатных компонентов включали в себя вегетативные, соматосенсорные и аффективно-когнитивные компоненты, возникновение и динамика которых создавали «запутанный узор» самой вегетативно-соматической реакции. Следует отметить, что большинство отечественных исследователей придерживаются единого взгляда на проблему соотношения депрессивных и тревожных расстройств (О. П. Вертоградова, В. Н. Краснов, С. Н. Мосолов, В. В. Калинин, 1998). В связи с этим уместно вспомнить, что депрессию рассматривают и как «проявление адаптационных механизмов» (Klerman G. L., 1974), как «устранение вызвавшей тревогу фрустрации путем снижения уровня побуждений за счет обесценивания исходной потребности» (Березин Ф. Б., 1994) [цит. по: 3].

Структура депрессии между группами исследования носила определенные различия. Сотрудники МВД описывали свое настроение как сниженное, несколько подавленное, испытывали определенное затруднение перед заболеванием, за которое винили только себя. Выраженные депрессивные проявления у них отсутствовали, но сниженный фон настроения усиливал восприятие телесных ощущений и способствовал их интерпретации в качестве соматического заболевания и формированию негативного взгляда на свое здоровье и его перспективы. Возникающие при этом тревожные мысли

касались собственного здоровья и благополучия близких. Нарушения сна чаще касались позднего засыпания и раннего пробуждения без чувства отдыха по утрам. Нарастание степени эмоциональной напряженности происходило за счет тревожных проявлений и недостаточности механизмов защитного реагирования, устраняющих тревогу, что свидетельствует об искажении приспособительных реакций у этих пациентов. Однако несмотря на схожесть аффективной симптоматики сотрудники МВД значительно отличались от пациентов общесоматической сети ($t = 3,397$; $p = 0,001$) в сторону редкого использования аффективной симптоматики. Пациенты общесоматической сети значительно чаще отличались от сотрудников МВД высокими показателями астении ($t = 3,445$; $p = 0,002$), депрессии ($t = 3,559$; $p = 0,002$), тревоги личностной ($t = 4,642$; $p = 0,001$) и тревоги ситуативной ($t = 3,884$; $p = 0,001$), что говорит в пользу их низкого приспособительного потенциала. Это нашло подтверждение и при анализе корреляционных связей: пациенты общесоматической сети имели выраженные корреляции по показателям «астении» ($r = 0,168$; $p = 0,01$), «депрессии» ($r = 0,122$; $p = 0,009$), «личностной тревоги» ($r = 0,220$; $p = 0,01$) и «ситуационной тревоги» ($r = 0,174$; $p = 0,01$).

В связи с целями и задачами настоящего исследования целесообразно остановиться на особенностях конфигурации стратегий совладающего поведения. Так, сотрудники МВД предпочитали адаптивные варианты в когнитивной сфере (46 %): «проблемный анализ» (29 %) и «сохранение самообладания» (17 %). Такие формы реагирования, которые направлены на анализ возникших трудностей и поиск возможных путей решения по ним, повышение самооценки и самоконтроля, наличие веры в себя, в преодоление жизненных трудностей. Наряду с этим им были присущи и относительно адаптивные варианты реагирования (20,8 %): «относительность» (8,6 %), «придача смысла» (7 %) и «религиозность» (5,2 %), т.е. формы реагирования, направленные на оценку трудностей, придание особого смысла их преодолению, вера в высшее и стойкость в своей вере при столкновении со сложными проблемами. Менее всего им были характерны варианты неадаптивного реагирования на жизненные трудности (17 %), проявлявшиеся в «диссимуляции», т.е. пассивной форме реагирования с отказом от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы, с осознанной недооценкой неприятностей.

Среди большинства пациентов этой группы выявлено использование адаптивных стратегий в эмоциональной сфере, таких как «оптимизм» (71 %) (эмоциональное состояние с активным возмущением по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода в любых, даже самых сложных житейских ситуациях). В то же время у некоторой части подгруппы были выявлены «подавление эмоций» (17 %) и «самообвинение» (5,2 %) как стратегии, характеризующиеся подавленным эмоциональным настроением, состоянием безнадежности, недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя, что препятствует конструктивному разрешению ситуации.

Поведенческая сфера также характеризовалась преобладанием адаптивных вариантов реагирования (41 %): «сотрудничество» (15,5 %), «обращение» (15,5 %) и «альтруизм» (10 %). Это такие варианты поведения, при которых происходит сотрудничество со значимыми людьми, личность ищет поддержки среди ближайшего социального окружения или сама предлагает ее для преодоления трудностей. Относительно адаптивные варианты реагирования (38 %) были представлены: «отвлечением» (21 %), «конструктивной активностью» (10 %) и «компенсацией» (7 %). Эти поведенческие формы реагирования характеризуются стремлением к временному отходу от решения проблем с помощью алкоголя, лекарств, погружения в любимое дело, путешествия, реализации своих заветных желаний. Неадаптивные варианты характеризовались «активным избеганием» (17 %), что предполагает уклонение от мыслей, намерений, поступков, связанных с неприятными сторонами своей жизни, пассивностью, стремлением уйти от активных межличностных контактов с последующим отказом от решения трудностей и дальнейшей борьбы.

В свете полученных результатов целесообразно рассматривать стратегии совладающего поведения как индивидуальный репертуар вариантов, с помощью которых личность старается приспособиться к условиям существующего взаимодействия с окружающей средой. Функциональное назначение такого репертуара выражается посредством комбинации стратегий адаптивного и относительно-адаптивного характера, преломляясь сквозь призму стратегий неадаптивного характера. Механизмы совладающего поведения являются ответом личности как сложной системы на возникший диссонанс внутренних процессов вследствие затруднительных жизненных обстоятельств и выступают как способ реструктурирования компонентов и процессов для поддержания баланса на время, необходимое для подготовки личностных изменений. Процесс формирования стратегий совладающего поведения в большей мере определяется индивидуальной предрасположенностью к различным комбинациям посредством определенного стиля реагирования в стрессовых ситуациях. Эти комбинации потенциально неисчерпаемы, как и сам набор стратегий совладающего поведения, который отличается индивидуальностью и своеобразием стилистики.

Анализ особенностей стилистики защитного реагирования у сотрудников МВД показал, что ее динамика имеет сложный, а зачастую и противоречивый характер, что в определенном смысле включает в себя различные конфигуративные сочетания. Оценка динамики защитного реагирования и способов его выражения способствует определению характера причинно-следственных связей и надежности различных дифференциально-диагностических и прогностических критериев.

Были получены следующие внутригрупповые различия: пациенты общесоматической сети отдавали предпочтение механизмам «регрессии» ($t = 4,313$; $p = 0,001$), «замещения» ($t = 4,232$; $p = 0,001$), «компенсации» ($t = 2,429$; $p = 0,002$), «гиперкомпенсации» ($t = 2,973$; $p = 0,001$) и имели высокий общий уровень «невротических защит» ($t = 2,092$; $p = 0,005$) по сравнению с сотрудниками МВД, что свидетельствует о более дезадаптивном профиле защитного реагирования, связанном с возвращением к формам поведения, затрудняющим осознание внутриличностных проблем. И хотя эти различия не носили характер статистически значимых, имеет смысл рассматривать их как определяющие при формировании конфигурации приспособительного поведения.

А предпочтительное использование механизмов «замещения» и «отрицания» сотрудниками МВД возможно рассматривать в качестве «маркера» недостаточного осознания существующих проблем и более активного выключения из сознания факторов и событий, несущих психологический дискомфорт, при их признании. Эти защитные механизмы рассматриваются как стремление избежать новой информации, несовместимой со сложившимися представлениями о себе. Подобная конфигурация защитного реагирования сотрудников МВД позволяет считать их более приспособленными к условиям совладания со стрессовыми ситуациями.

Напряженность этих механизмов связана с более успешной адаптацией к состоянию болезни, прогностически более благоприятными вариантами течения заболевания, а также с тем, что активация именно этих механизмов может служить средством психопрофилактики. Косвенно это находит подтверждение в том, что выраженность таких механизмов не сопровождается повышением тревоги, как личностной, так и ситуационной. Возможно, это обусловлено «явным» проявлением вегетативной дисфункции, оформленной вегетативными кризами, сопровождающимися тревожно-фобической симптоматикой, которая воспринимается больными достаточно тяжело и переносится далеко беспокойно, что делает их несколько агрессивными. Статистические различия на уровне тенденции ($t = 1,860$; $p = 0,082$).

Нужно заметить, что изменение набора реализуемых механизмов защитного реагирования не является изолированным процессом, а включено в системные процессы, системный приспособительный ответ. В таком контексте происходит изменение состояния всех механизмов приспособительного поведения и как результат — изменение стиля реагирования и характера приспособительного ответа. Кроме того,

регулирование защитного реагирования характеризуется оптимальным диапазоном приемлемости, границы которого очерчены пределами его устойчивости как системы: в пределах этих границ сохраняется способность обеспечивать и сохранять приспособительное поведение личности. Широта репертуара и стилистика реализуемых механизмов защитного реагирования, включающего комбинации различной структурно-функциональной сложности и зрелости, определяет приспособительный потенциал личности и возможности его реализации в различной интенсивности и продолжительности. Приспособительный потенциал отражает возможности личности к результативному прохождению приспособительного процесса, расширению диапазона реагирования и оформлению собственного индивидуального стиля, вписываемого в психологический «портрет личности». Полученные характеристики носят достаточно устойчивый характер и степень закрепления при интеграции в личностную структуру.

Полученные данные подтверждают мысль о том, что приспособительный потенциал обеспечивает «готовность» личности к усложнению ответных задач, изменениям структуры и качества приспособительного ответа для обеспечения оптимальных взаимоотношений с окружающей средой, оценки стоимости структурных перестроек и успешной реализации заданных целей. Искажение структурно-функциональных характеристик системы приспособительного ответа и соотношение его компонентов определяют характер и степень включенности (вовлеченности) механизмов приспособления в патогенез вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы.

Сотрудники МВД имеют ряд специфических особенностей переживания своего заболевания: адаптивный тип реагирования на заболевание связан с конструктивным использованием стратегий совладающего поведения и проявляется в устойчивости аффективного компонента отношения к болезни более высокого уровня выраженности соматоформной симптоматики. Сотрудники МВД, страдающие соматоформной дисфункцией сердечно-сосудистой системы по стилистике приспособительного реагирования, лучше адаптированы к условиям заболевания, чем здоровые лица. Но почему они соматизируются? В чем смысл такого поведения? Что им это дает? Что их такими делает? Почему именно сейчас они заболевают (уходят в соматизацию?)...

Сотрудники МВД имели конструктивный профиль приспособительного реагирования по сравнению с больными общесоматической сети. Вероятно, стиль реагирования является наиболее социально приемлемым вариантом поведения для сотрудников МВД, т.к. другая стилистика (алкоголизация, фармакофагия, расстройства пищевого поведения, делинквентное поведение) представляет невозможным для них дальнейшую службу в органах внутренних дел. Но по какому механизму развивается соматизация? Чем по структуре и качеству отличается соматизация у сотрудников МВД от пациентов общесоматической сети? На эти вопросы мы будем искать ответ в дальнейших наших исследованиях.

Заключение

Очевидно, что стратегии совладающего поведения, механизмы защитного реагирования, их комбинации и стилистику реализации можно отнести к системо-регулирующим способам и одновременно к способу их структурной организации в форме приспособительного ответа. Способы такого уровня взаимодействия представлены вариантами приспособительного поведения личности в виде сформированных схем и конфигураций. Особенности приспособительного поведения следует искать не только в совокупности составляющих его компонентов и формировании качественно новых свойств, не сводимых к сумме составляющих элементов, а также в закономерностях конфигурации с различными диапазонами оптимального реагирования, оказывающих влияние на согласованность, устойчивость и другие характеристики соматоформной вегетативной дисфункции как системы. Диагностика соматоформных расстройств становится более полной и точной, а терапия — максимально эффективной только тогда, когда они приобретают патогенетически обоснованный характер и учитывают не только их внешние клинические проявления, но и внутренние закономерности

возникновения и развития. Практическое значение системного подхода к диагностике соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы заключается в создании предпосылок для медико-психологического сопровождения служебной деятельности, разработки клинических рекомендаций по оптимизации профессионального отбора.

Литература

1. Безчасный К.В. Соматоформные расстройства у сотрудников ОВД: особенности защитно-совладающих механизмов как основы приспособительного поведения // Медицина катастроф. – 2019. – № 4. – С. 33–37.
2. Безчасный К.В., Марилов В.В. Особенности формирования группы риска по развитию соматоформных расстройств среди сотрудников органов внутренних дел (в связи с задачами психогигиены) // Медицинский Вестник МВД. – 2018. – 3 (94). – С. 67–70.
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: учеб.-метод. пособие. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.
4. Исаева Е.Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... док. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2010. – 48 с.
5. Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2018. – № 3. – С. 80–89.
6. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 3–10.
7. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства. Часть вторая: методика когнитивно-поведенческой психотерапии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 2. – С. 10–16.
8. Рассказова Е.И. Латентные личностные профили при психических заболеваниях: анализ реструктурированных клинических шкал ММРІ-2 // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2019. – № 1. – С. 52–60.
9. Якубзон А.М. Психосоматические соотношения при невротических кардиофобиях: автореф. ... дис. канд. мед. наук. – Ленинград, 1988. – 20 с.

Features of adaptive response of employees of internal affairs agencies, as a way to adapt the personality suffering from somatoform dysfunction of the vegetative nervous system of the cardiac type (in connection with the tasks of psychoprophylaxis)

Bezchasny K.V.¹
E-mail: kv2005spb@mail.ru

¹ Medical Department of the Ministry of Internal Affairs of Russia across Moscow
Vetkina str., 9-1, Moscow, 127521, Russia
Phone: +7 (495) 619-08-40

Abstract. The article describes the main characteristics of the adaptation response in the staff of the Ministry of Internal Affairs and patients of the universal network suffering from somatoform dysfunction of the vegetative nervous system according to the cardiac type in their comparative aspect. The features contributing to the optimization of the device in conditions of disease, as

well as the phenomena impeding the device are indicated. The place of the main affective states (asthenia, anxiety, depression) in the design of the adaptation response in conditions of somatoform disorders is presented. The structure and dynamics of adaptive response processes in these patients were investigated.

Key words: vegetative dysfunction of cardiac type; style of protective response; mechanisms of controlling behavior; adaptive response; psychoprophylaxis.

For citation

Bezchasniy K.V. Features of adaptive response of employees of internal affairs agencies, as a way to adapt the personality suffering from somatoform dysfunction of the vegetative nervous system of the cardiac type (in connection with the tasks of psychoprophylaxis). *Med. psihol. Ross.*, 2021, vol. 13, no. 2, p. 8. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-8 [in Russian, abstract in English].