СТРУКТУРА ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО РЕАГИРОВАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, СТРАДАЮЩИХ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОГИГИЕНЫ

К.В.Безчасный¹

¹ ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве», Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – выявление различий защитно-совладающего поведения и его динамики в условиях астенизации и тревожно-депрессивного реагирования у сотрудников органов внутренних дел (ОВД), страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного тракта (СВД ЖКТ).

Материалы и методы исследования. С целью выявления структурно-динамических характеристик защитно-совладающего реагирования и характера влияния астенизации, депрессии и тревоги на сотрудников органов внутренних дел были обследованы 64 пациента, у которых в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы соматоформные вегетативные дисфункции желудочно-кишечного тракта (F. 45.3).

Результаты исследования и их анализ. В ходе исследования было выявлено и показано, что различия защитно-совладающего поведения у обследованных носят как сугубо индивидуальный, так и сквозной характер, что отражает выраженную внутриличностную конфликтность. Это указывает на слабость системы защиты у сотрудников ОВД, страдающих СВД ЖКТ, независимо от их гендерной принадлежности, подчеркивает их невысокие адаптивные возможности, затрудняющие осознание проблем. Отражены основные социально-профессиональные характеристики сотрудников ОВД и показана их роль в защитно-совладающем реагировании. Результаты исследования предложено использовать в психогигиенической работе с сотрудниками ОВД, склонными к соматоформному реагированию в условиях несения службы, что будет способствовать их профессиональной успешности.

Ключевые слова: механизмы защитного реагирования, психогигиена, соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта, сотрудники органов внутренних дел, стратегии совладающего поведения

Для цитирования: Безчасный К.В. Структура защитно-совладающего реагирования у сотрудников органов внутренних дел, страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного тракта, в связи с задачами психогигиены // Медицина катастроф. 2021. №4. С. 55–60. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2021-4-55-60>

STRUCTURE OF PROTECTIVE AND COPING RESPONSE IN POLICE OFFICERS SUFFERING FROM SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION OF GASTROINTESTINAL TRACT, IN RELATION TO PSYCHOHYGIENE TASKS

K.V.Bezchasnyy¹

¹ Occupational Health Facility, the Ministry of Internal Affairs for the City of Moscow, Moscow, Russian Federation

Abstract. The aim of the study was to identify differences of protective and coping behavior and its dynamics in conditions of asthenization and anxiety-depressive response in employees of internal affairs bodies, suffering from somatoform vegetative dysfunction of the gastrointestinal tract.

Materials and methods of research. To reveal structural and dynamic characteristics of the protective response and character of the asthenization depression and anxiety influence on the internal affairs employees, 64 police officers with somatoform vegetative dysfunction of the gastrointestinal tract (F. 45.3) according to criteria of ICD-10 were investigated.

Results of the study and their analysis. The study revealed that the differences were both purely individual and cross-cutting, reflecting a pronounced intrapersonal conflict. This indicates the weakness of the defense system in police employees suffering from somatoform vegetative dysfunction of the gastrointestinal tract, regardless of gender identity, emphasizing their low adaptive capacity, making it difficult to recognize the problems. The basic socio-professional characteristics of police officers are reflected and their role in protective and coping response is shown. The results of the study are offered to use in psychohygienic work with employees, prone to somatoform reactions.

Key words: coping behavior strategies, mechanisms of a protective reaction, police officers, psychohygiene, somatoform vegetative dysfunction of gastrointestinal tract

For citation: Bezchasnyy K.V. Structure of Protective and Coping Response in Police Officers Suffering from Somatoform Vegetative Dysfunction of Gastrointestinal Tract in Relation to Psychohygiene Tasks. *Meditsina katastrof* = Disaster Medicine. 2021;4:55-60 (In Russ.). <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2021-4-55-60>

Контактная информация:

Безчасный Константин Васильевич – кандидат медицинских наук, врач-психиатр

Адрес: Россия, 129085, Москва, ул. Бочкова, 8

Тел.: +7 (495) 687-06-03

E-mail: kv2005spb@mail.ru

Contact information:

Konstantin V. Bezchasnyy – Cand. Sci. (Med.), Consultant Psychiatrist

Address: 8, Bochkova str., Moscow, 129085, Russia

Phone: +7 (495) 687-06-03

E-mail: kv2005spb@mail.ru

Взгляд на соматоформные расстройства (СФР) во всем их многообразии дает основания вести речь о механизмах, участвующих в клиническом патоморфозе. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) основополагающим признаком СФР является повторяющееся предъявление соматической симптоматики, которая сочетается с настойчивыми требованиями о проведении медицинских обследований несмотря на их отрицательные результаты и отсутствие физиологической подоплеку у предъявляемых жалоб. Соматоформные расстройства отличаются полиморфизмом клинической картины, в связи с чем следует отметить, что сведение соматоформной патологии к оценке восприятия функциональных ограничений приводит к дублированию традиционного клинического метода – безусловно ценного в медицинском отношении, но недостаточного для реализации биопсихосоциального подхода в современной медицине [1, 2]. Его реализацию способно обеспечить лишь глубокое исследование зависимостей между биологическим и психосоциальным уровнями, а также меж- и внутриуровневых связей, определяющих закономерности формирования у пациентов полноценного ощущения благополучия и его динамику. Подобные исследования возможны лишь на междисциплинарной основе, а их результаты могут быть использованы для разработки психопрофилактических и психогигиенических программ [3–7].

Цель исследования – выявление различий в защитно-совладающем поведении и его динамики в условиях астенизации и тревожно-депрессивного реагирования у сотрудников органов внутренних дел (ОВД), страдающих соматоформной вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного тракта (СВД ЖКТ).

Материалы и методы исследования. Проведено сплошное обследование 184 сотрудников органов внутренних дел, обращавшихся за психиатрической помощью в поликлинику ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве» в 2019–2021 гг. Для дальнейшего исследования были отобраны 64 сотрудника, у которых – в соответствии с критериями МКБ-10 (F.45.3) – была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта. Все респонденты были разделены на 2 группы: 1-я группа – 30 мужчин (49%), средний возраст – (36,8±2,6) лет; 2-я группа – 34 женщины (51%), средний возраст – (35,2±1,6) лет. Использовались также клинический и экспериментально-психологический методы с применением разработанной нами Психосоциальной анкеты и батареи тестов: Шкала астенического состояния (Малкова Л.Д., 1977) – [8]; «Опросник для выявления депрессии» (BDI) (Beck A., et al., 1961) – [9]; Шкала личностной и ситуативной тревожности (Spielberger C.D., 1972; Ханин Ю. Л., 1976) – [9]; методика «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (1979) – [9]; опросник «Стратегии совладающего поведения» Лазаруса (1988) – [8]. Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета прикладных программ SPSS–22.0 и применения параметрического t-критерия Стьюдента; для определения взаимного влияния психопатологических нарушений и социально-психологических характеристик применялся критерий (r) Пирсона. Уровень статистической значимости – $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их анализ. Клинические проявления СВД ЖКТ в обеих группах респондентов были представлены следующей симптоматикой: клиническая картина определялась симптоматикой кишечного криза, где, помимо соматовегетативных проявлений, доминировали опасения за свое здоровье, связанные с дискомфортом, неприятными ощущениями в брюшной полости и характеризующиеся непреодолимостью их возникновения и субъективным осознанием их чуждости. Сохранялись критическое отношение к страхам упустить кишечные газы или содержимое кишечника и попытки их активного преодоления. Больные считали свои страхи необоснованными, отрицали наличие серьезного желудочно-кишечного заболевания, хотя и допускали возможность его развития. Пациенты охотно занимались общефизической подготовкой, доказывая себе, что успехи в спорте являются показателем физического благополучия, но сохраняющиеся вегетативно-соматические проявления заставляли их в этом сомневаться. Мучительный для больных характер нарушений определялся противоречивым отношением к клинической симптоматике: продолжались переживания страха при понимании его необоснованности, возникало чувство внутренней зажатости и в то же время неотступности страха: больные не могли ему противостоять и пытались от него избавиться любыми способами. Характерными особенностями были сочетание неуверенности в себе со стеничностью в достижении собственных целей. При этом наиболее выраженными были аффективная насыщенность переживаний, мучительная борьба со страхами, сопровождаемая стыдливостью и стремлением к их преодолению. Соматоформная вегетативная дисфункция ЖКТ развивалась у лиц с тревожно-мнительными чертами характера после длительного переутомления или конфликтных ситуаций на службе. Манифестация расстройств проявлялась болевыми ощущениями в животе давящего, ноющего характера, разлитыми по локализации и длительными по продолжительности. Постепенно формировались тревожные опасения за свое здоровье, страх перед возможным началом тяжелого заболевания органов брюшной полости, боязнь упустить кишечные газы и содержимое кишечника. Для пациентов была характерна фиксация малейших колебаний самочувствия и постоянный мониторинг состояния здоровья, в связи с чем суживался круг их интересов, ограничиваясь вопросами соматического благополучия. Больные переставали стремиться к улучшению или поддержанию своего профессионального статуса, выбирая более спокойную деятельность и даже теряя в зарплате. Провоцирующими факторами выступали различные пагубные воздействия – алкогольный эксцесс, курение, потребление кофе, температурное перегревание, физическое переутомление, перенесенные ОРВИ. Результаты применения методики «Способы совладающего поведения» выявили, что в целом показатели шкал находились в пределах нормативного интервала (40–60 Т-баллов), что свидетельствовало об умеренной степени предпочтительности стратегий. При сравнительном анализе наиболее отчетливыми значимыми различия отмечались по шкалам «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности», «положительная переоценка» и «дистанцирование». У мужчин отмечалась выраженная

предпочтительность шкал «поиск социальной поддержки», «планирование решения проблем», «положительная переоценка» и «дистанцирование» – значимо чаще использование этих стратегий говорит о том, что мужчины, по сравнению с женщинами, были чаще ориентированы на повышенную поддержку со стороны окружающих; чаще стремились к планомерному и целенаправленному решению проблем с возможностью позитивной переоценки ими проблемной ситуации. Наряду с этим ими использовались попытки совладания со стрессовой ситуацией путем снижения ее значимости для себя и эмоциональной невовлеченности в нее. Кроме того, они значимо реже были склонны к самообвинению и самокритике (табл. 1).

Женщины значимо чаще использовали стратегии «самоконтроль» и «принятие ответственности», что говорит о попытках снижения внутреннего напряжения и тревожных переживаний путем ухода от решения проблем, самообвинения, чрезмерной требовательности к себе и сверхконтроля своего поведения. При этом следует обратить внимание на трудности у женщин в выражении душевных переживаний, на их слабое стремление высказаться в беседе с врачом, на низкое побуждение раскрыться в своих переживаниях.

В обеих группах респондентов наблюдались стратегии «самоконтроля», «планирования решения проблем», «бегства» и «конфронтации», что свидетельствовало о стремлении к самообладанию, высокому контролю поведения, сдерживанию эмоциональных проявлений. При этом попытки планомерного поиска выхода из затруднительной ситуации отличались чрезмерной рациональностью, низкой спонтанностью и интуитивностью, осуществлялись путем переключения внимания, самоустранения, юмора. Это позволяло быстро снизить эмоциональное напряжение, вызванное стрессом, однако давало краткосрочный эффект и приводило к накоплению психоэмоционального напряжения, реализация которого откладывалась. Таким образом, устойчивый характер стратегий совладающего поведения у лиц, страдающих СВД ЖКТ, вне зависимости от их гендерной принадлежности, свидетельствует об их низкой адаптивности, затрудняющей осознание внутриличностных проблем, и недостаточно эффективной стилистике стресс-совладающего поведения.

Таблица 1 / Table No. 1

Структура стратегий совладающего поведения у мужчин и женщин, по тесту Лазаруса, баллы, (M±m)
Structure of coping strategies in men and women, according to Lazarus test, points (M±m)

Шкалы Scales	Мужчины Men	Женщины Women	P	T
Самоконтроль Self-control	51,14±7,21	56±5,76	-	1,112
Поиск социальной поддержки Seek social support	60,28±5,13	56,7±5,4	0,05	1,327
Принятие ответственности Accept responsibility	49,7±5,7	56,13±4,8	0,001	-2,708
Планирование решения проблемы Problem solving	66,7±0,9	64±3,1	-	0,268
Положительная переоценка Positive revaluation	61,7±6,8	53±3,33	0,005	3,274
Дистанцирование Distancing	63,57±7,6	54,87±6,06	0,001	2,815
Бегство/избегание Escape/avoidance	54,57±5,05	53±6,7	-	1,233
Конфронтация Confrontive coping	58,14±6,7	54±5,3	-	0,502

Анализ структуры механизмов защитного реагирования по методике «Индекс жизненного стиля» показал следующие значимые различия у мужчин и женщин – общая напряженность защитных механизмов не превышала порогового значения в 50 баллов: у мужчин – (18,9±3,8) баллов, у женщин (28,15±2,4) баллов, что свидетельствует об отсутствии значимых неразрешенных конфликтов. У женщин значимо чаще преобладали механизмы «регрессии», «проекции», «гиперкомпенсации» и «рационализации», что можно рассматривать как склонность к зависимому поведению, как способ повышения самооценки, когда заимствованные у других ценности и установки используются в поведении, но не становятся частью самой личности, а высокая требовательность к окружающим позволяет оправдывать собственное поведение, мотивы и намерения, что также способствует повышению самооценки. Наряду с этим женщин отличала гипертрофированная социальность и нормативность, что говорит о подавлении стремлений, которые социально не одобряются. Одним из основных механизмов защитного реагирования у женщин является «рационализация» – выработка собственной концепции болезни, а также связанные с ней варианты поведения. Защита носит пассивно-оборонительный характер, приобретая патологические формы и укрепляя пациентов в роли больных. Стремясь подавить тревогу и страх за свое здоровье, больные, прежде всего, обращались за помощью к врачам-интернистам, проходили многочисленные обследования и получали симптоматическое лечение, которое приносило им облегчение на короткое время или не давало никакого эффекта вообще. Ограничительное поведение формировало у больных приспособительный стиль реагирования и способствовало расширению круга навязчивостей – появлялись навязчивые представления и защитные действия. Пациенты, испытывая страх за здоровье, как правило, продолжали работать и выполнять свои повседневные обязанности. У них не формировалось ипохондрическое состояние, фобический синдром носил монотематический характер, защитные действия были объединены единой фабулой, сохранялось критическое отношение к собственным болезненным переживаниям и имелось желание поскорее от них избавиться. Однако попытки самостоятельного преодоления страхов и опасений не приносили успеха: в большинстве случаев они приводили к формированию «фобофобии» – страха возникновения кишечного криза и сопровождающего его острого чувства стыда. Результаты сопоставления мужских и женских защитных механизмов свидетельствуют, что предпочтительное использование женщинами незрелых, неконструктивных механизмов позволяет говорить, что в их (механизмах) основе лежит чувство неуверенности в себе, отсутствие самодостаточности, боязнь самовыражения и самораскрытия, опасение раскрыть свои переживания перед окружающими (табл. 2).

В обеих группах респондентов имелся сквозной характер механизмов «вытеснения», «замещения», «отрицания» и «компенсации», что можно интерпретировать как тенденцию к формированию внутренней конфликтности. Это отражает негибкость системы защиты, указывает на затруднения в признании собственных проблем и на неумение с ними справиться. Пассивная поведенческая позиция, игнорирование проблемных ситуаций, обесценивание собственных усилий и намерений, определяющие отказ от эффективного преодоления, существенно ограничивают возможности конструктивного разрешения межличностных проблем и участвуют в оформлении соматоформных расстройств.

В ходе исследования респондентов удалось выяснить, что показатели основных психических состояний (астения,

Таблица 2 / Table No. 2
Механизмы защитного реагирования у мужчин и женщин по методике «Индекс жизненного стиля», баллы, (M±m)
Protective response mechanisms in men and women according to the "Life Style Index" methodology, points, (M±m)

Шкалы Scales	Мужчины Men	Женщины Women	P	T
Вытеснение Displacement	17,14±4,74	13,75±3,24	–	1,049
Перпессия / Regression	14,3±4,8	25,13±5,2	0,005	-2,890
Замещение Replacement	8,5±4,04	12,5±4,1	–	-0,267
Отрицание / Denial	32,1±8,18	34,9±6,4	–	0,954
Проекция / Projection	21,95±8,8	40,64±4,3	0,001	-3,502
Компенсация Compensation	18,57±6,3	20±6,8	–	0,654
Гиперкомпенсация Hypercompensation	5,7±2,9	27,5±4,1	0,001	-4,579
Рационализация Rationalization	36,7±7,21	45,8±5,45	0,001	-3,026

депрессия, тревога личностная, тревога ситуационная), независимо от гендерной принадлежности и ведущего клинического синдрома, имели сложную структурно-синдромальную конфигурацию. Характерным признаком расстройств являлись: снижение работоспособности; выраженное утомление после минимальных физических нагрузок; признаки физической усталости в виде снижения эффективности решения профессиональных задач и бытовых проблем в связи с трудностями концентрации внимания, раздражительностью, неустойчивостью настроения, вегетативной лабильностью, нарушениями сна при засыпании и частыми пробуждениями ночью. Даже при незначительном отступлении от заведенного порядка пациенты жаловались на ухудшение самочувствия, нарушения сна, тяжесть и слабость во всем теле, трудности концентрации внимания. Эти проявления сочетались с отвлекаемостью внимания, трудностями усвоения и воспроизведения информации. Расстройства сна носили перманентный характер, длились меньше месяца и сопровождалась отсутствием восстановления сил после сна, в результате чего наблюдалась значительная усталость в течение дня. Пациенты ограничивали жизнь рамками узконаправленных интересов, «незаметно» утрачивая присущую им ранее социальную активность, жизнерадостность, происходило редуцирование чувства удовлетворенности жизнью. В структуре астении преобладали явления без оттенка витальности, на фоне которых вегетативно-соматические нарушения приобретали ведущее значение и «звучали» более «тягостно».

Тревога и депрессия в качестве облигатных компонентов включали в себя вегетативные и соматосенсорные компоненты, возникновение и динамика которых создавали «запутанный узор» самой соматовегетативной реакции. По данным исследования, легкая степень депрессии и выраженность тревоги значимо чаще преобладали у женщин. Длительность расстройств, как правило, составляла от нескольких недель до двух месяцев. Клиническая симптоматика была представлена в виде снижения настроения, подавленности, сужения круга интересов, снижения профессионального интереса и социальной активности и участвовала в оформлении соматоформной вегетативной дисфункции (табл. 3).

По семейному статусу среди обследованных мужчин преобладали женатые, среди женщин – незамужние и разведенные – рис. 1.

По образовательному уровню среди мужчин преобладали лица со средним специальным образованием, среди женщин – с высшим образованием, что характеризует стремление последних к служебному росту – рис. 2.

Данные о составе и выслуге лет сотрудников ОВД (мужчины и женщины), страдающих СВД ЖКТ, представлены на рис. 3, 4.

Результаты анализа социально-профессиональных характеристик показали, что были характерны: для мужчин: средний возраст – (36,8±2,6) лет; преобладание лиц рядового и младшего начальствующего состава; выслуга – 5–10 лет; преобладание лиц со средним специальным образованием; преобладание семейных; для женщин: средний возраст – (35,2±1,6) лет; преобладание лиц старшего начальствующего состава (майор, подполковник); выслуга – 5–10 лет; преобладание лиц с высшим образованием; преобладание лиц, не состоящих в браке и разведенных. Обращает на себя внимание, что многие сотрудники ОВД – как мужчины, так и женщины – имея высшее образование, остаются на должностях рядового и младшего начальствующего состава, поскольку их устраивает график работы (суточные смены, внутренние посты), что дает возможность подработки или оставляет больше времени для занятий бытовыми и домашними делами. Следует также обратить внимание на большую долю (12%) разведенных женщин, что следует учитывать при формировании групп «риска развития психосоциальных дезадаптаций в дальнейшем».

Заключение

Различия в стилистике защитно-совладающего реагирования проявлялись следующим образом: мужчины значимо чаще в качестве приспособительного варианта поведения прибегали к поиску социальной поддержки, рассматривая различные пути решения проблемы, наряду с этим им было присуще социальное дистанцирование с элементами конфронтации. Они были склонны к поиску лиц, которые могли помочь, с которыми можно было обсудить имеющиеся затруднения. Для женщин характерными являлись стратегии «планирования решения проблемы», «дистанцирования», что говорит о конструктивном подходе к разрешению сложных ситуаций – о способности целенаправленного анализа ситуации, выработке тактического плана действий с учетом жизненного опыта. С точки зрения механизмов защитного реагирования, мужчины отдавали предпочтение таким механизмам, как «вытеснение», «отрицание» и «рационализация», что приводило к «бегству в болезнь», при этом «приятная условность и желательность» имеющихся расстройств – отсутствовала. У женщин значимо чаще преобладали механизмы «регрессии», «замещения», «проекции» и «гиперкомпенсации», что можно расценивать как инфантильную установку на зависимое поведение. Женщинам были присущи высокая

Таблица 3 / Table No. 3
Проявления астении, депрессии и тревоги у мужчин и женщин по методикам «Шкала астенического состояния», «Опросник для выявления депрессии» (BDI), «Шкала личностной и ситуативной тревожности», баллы, (M±m)

Asthenia, depression, and anxiety in men and women according to the "Asthenia Scale," "BDI—Beck Depression Inventory", "Personal and Situational Anxiety Scale," scores (M±m)

Вид расстройства Type of disorder	Мужчины Men	Женщины Women	P	T
Астенические проявления / Asthenic manifestations	41,43±6,9	45,38±3,06	–	1,049
Депрессивные состояния / Depressive states	6,29±3,29	9,87±2,77	0,005	2,890
Тревога личностная Personal anxiety	41,43±3,03	48,87±4,54	0,001	2,267
Тревога ситуационная Situational anxiety	37,29±3,87	43,5±3,9	0,001	3,075

Рис.1. Семейное положение сотрудников ОВД (мужчины и женщины), страдающих СВД ЖКТ, %
Fig.1. Marital status of police officers (men and women) suffering from GI vegetative dysfunction syndrome, %

Рис.2. Образовательный уровень сотрудников ОВД (мужчины и женщины), страдающих СВД ЖКТ, %
Fig.2. Educational level of police officers (men and women) suffering from GI vegetative dysfunction syndrome, %

Рис.3. Состав, к которому относятся сотрудники ОВД (мужчины и женщины), страдающие СВД ЖКТ, %
Fig.3. Contingent to which police officers (men and women), suffering from GI vegetative dysfunction syndrome, belong, %

Рис.4. Выслуга лет у сотрудников ОВД (мужчины и женщины), страдающих СВД ЖКТ, %
Fig.4. Length of service of IAB employees (men and women) suffering from Gastrointestinal ENS, %

требовательность к окружающим, чрезмерная социальность и выраженное стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения, что говорит о подавлении стремлений, которые социально не одобряются. В обеих группах респондентов имелся сквозной характер механизмов «отрицания», «компенсации» и «рационализации», что можно интерпретировать как маркер длительной и выраженной интрапсихической конфликтности. Напряженность профессиональной деятельности и высокие требования, предъявляемые к сотрудникам ОВД, обуславливают включение приспособительных механизмов, ориентированных на стабилизацию внутриличностного состояния. Структура приспособительного поведения, иерархия его элементов, качественное своеобразие его взаимосвязей являются

ключом к надежному прогнозированию стилистики приспособительного реагирования, повышению эффективности программ его сопровождения и формирования оптимальных адаптационных эффектов, к оказанию своевременной и высококвалифицированной медицинской помощи. Причем спектр возможностей для реализации приспособительного поведения – шире, а значит и оформление этих механизмов разнообразнее, что выглядит весьма оптимистично. С точки зрения инновационного развития ведомственного здравоохранения и управления рисками для здоровья, охрана психического здоровья сотрудников органов правопорядка представляет собой важную социальную задачу, выступая как государственный заказ и занимая известное место в иерархии лечебно-профилактических приоритетов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства: интегративная модель лечения (часть 1) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. №1. С. 3-9.
2. Прибытков А.А., Еричев А.Н. Соматоформные расстройства: методика когнитивно-поведенческой психотерапии (часть 2) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. №2. С. 10-16.
3. Безчасный К.В. Особенности приспособительного реагирования сотрудников органов внутренних дел как отражение потенциала личности в условиях заболевания соматизированным расстройством // Психическое здоровье. 2021. №1. С. 22-28.
4. Безчасный К.В., Марилов В.В. Особенности формирования групп риска повышенной заболеваемости соматоформными расстройствами среди сотрудников ОВД РФ (в связи с задачами психогигиены) // Медицинский вестник МВД. 2018. № 3. С. 71-75.
5. Безчасный К.В. Соматоформные расстройства у сотрудников ОВД: особенности защитно-совладающих механизмов. как основа приспособительного поведения // Медицина катастроф. 2019. № 4. С. 33-37.
6. Безчасный К.В. Особенности соматизации сотрудников органов внутренних дел России, страдающих соматоформными расстройствами: компенсаторно-приспособительные механизмы // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2018. № 4. С. 49-55.
7. Богдасаров Ю.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г. Структура уровня заболеваемости психическими расстройствами сотрудников органов внутренних дел // Практическая медицина. 2019. № 3. С. 73-78.
8. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика. СПб: Речь, 2011. 191 с.
9. Клиническая психология / Под общей ред. Карвасарского Б.Д. СПб.: Питер, 2004. 1024 с.

REFERENCES

1. Pribytkov A.A., Eriчев A.N. Somatoform Disorders: An Integrative Treatment Model (Part 1). *Obozrenie Psikiatrii i Meditsinskoj Psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2017;1:3-9. (In Russ.).
2. Pribytkov A.A., Eriчев A.N. Somatoform Disorders: Cognitive-Behavioral Psychotherapy (Part 2). *Obozrenie Psikiatrii i Meditsinskoj Psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2017;2:10-16. (In Russ.).
3. Bezchasnyy K.V. Features of the Adaptive Response of Employees of Internal Affairs Bodies, as a Reflection of the Potential of the Individual in Conditions of the Disease with Somatized Disorder. *Psikhicheskoe Zdravyye*. 2021;1:22-28 (In Russ.).
4. Bezchasnyy K.V., Marilov V.V. Features of the Formation of Risk Groups for Increased Incidence of Somatoform Disorders among Employees of the Internal Affairs Directorate of the Russian Federation (in Connection with the Tasks of Psychohygiene). *Meditsinskiy Vestnik MVD*. 2018;3:71-75 (In Russ.).
5. Bezchasnyy K.V. Bezchasnyy K.V. Somatoform Disorders in Employees of Internal Affairs: Features of Protective Coping Mechanisms – the Basis of Adaptive Behavior. *Meditsina Katastrof = Disaster Medicine*. 2019;4:33-37. <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-4-33-37> (In Russ.).
6. Bezchasnyy K.V. Features of Somatization of Employees of the Internal Affairs Bodies of Russia Suffering from Somatoform Disorders: Compensatory-Adaptive Mechanisms. *Voprosy Psikhologii Ekstremal'nykh Situatsiy*. 2018;4:49-55 (In Russ.).
7. Bogdasarov YU.V., Ichitovkina E.G., Solovyev A.G. The Structure of the Incidence Rates of Mental Disorders in Employees of Internal Affairs Bodies. *Prakticheskaya Meditsina*. 2019;3:73-78 (In Russ.).
8. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Sovladanie so Stressom. Teoriya i Psikhodiagnostika = Coping with Stress. Theory and Psychodiagnosis*. St. Petersburg, Rech Publ., 2011. 191 p. (In Russ.).
9. *Klinicheskaya Psikhologiya = Clinical Psychology*. Ed. B.D. Karvasarskiy. St. Petersburg, Piter Publ., 2004. 1024 p. (In Russ.).