

На правах рукописи
УДК 159.9.072.5:616.895
Д23



ДВИНСКИХ Марина Викторовна

**ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

3.2.6. Безопасность в чрезвычайных ситуациях
3.1.17. Психиатрия и наркология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Архангельск – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре психиатрии и клинической психологии

Научные руководители: **Ичитовкина Елена Геннадьевна**, доктор медицинских наук, доцент;
Соловьев Андрей Горгоньевич, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Закревский Юрий Николаевич**, доктор медицинских наук, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Мурманский арктический университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, профессор кафедры клинической медицины

Литвинцев Сергей Викторович, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научно-образовательный центр медико-социальной экспертизы и реабилитации имени Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «13» декабря 2024 г. в «_____» часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук 21.2.080.01 на базе ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51; www.nsmu.ru.

Автореферат разослан «__» _____ 2024 г.

**Ученый секретарь
совета по защите диссертаций
на соискание ученой степени кандидата наук,
на соискание ученой степени доктора наук,
доктор медицинских наук,
профессор**



Вилова Татьяна Владимировна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Разработка комплексных подходов к медико-психологической реабилитации (МПР) комбатантов со стресс-ассоциированными психическими расстройствами (САПР) – участников специальной военной операции (СВО) приобретает в настоящее время особое значение в связи с масштабом и интенсивностью боевых действий, что является мощным стрессовым фактором, оказывающим интенсивное психологическое давление на личный состав силовых ведомств Российской Федерации (Лыткин В.М., 2023; Шамрей В.К., 2024).

Участие в СВО связано с исполнением особой категории задач, которые требуют оперативного решения и специальных навыков от профессионалов в области различных видов правоохранительной деятельности. МВД России, Росгвардия и МЧС России в зоне СВО исполняют служебно-боевые задачи с разным профилем профессиональной деятельности для устранения угрозы национальной безопасности (Тадевосян М.Я., 2024). При этом угроза жизни и здоровью есть у всех участников боевых действий вне зависимости от характера исполняемых задач и близости к непосредственной линии фронта. Это связано с современными методами войны и особенностями применяемых видов вооружений, способных наносить физический урон даже в глубоком тылу. Ожидание опасности формирует хронический боевой стресс у всех участников СВО, как находящихся непосредственно на линии фронта, так и не участвующих в реальных боевых действиях. В настоящее время проведение МПР комбатантам регламентировано ведомственными приказами и нормами, при этом отсутствует единый механизм определения критериев оценки показаний к проведению комбатантам МПР (Мурашко М.А., 2023), что диктует необходимость рассмотрения данного вопроса с научных позиций для последующей разработки нормативной правовой базы, регламентирующей единый подход к проведению МПР всем комбатантам вне зависимости от их ведомственной принадлежности.

Степень разработанности темы исследования. Теоретико-методологическую основу исследования составили работы ученых, свидетельствующие о том, что боевая психическая травматизация обусловлена воздействием экстремальных стрессоров при непосредственной угрозе жизни и здоровью (Снедков Е.В., 2008; Бухтияров И.В., 2018; Ичитовкина Е.Г., 2018; Курасов Е.С., 2018; Зайцева Н.С., 2020; Попов А.В., 2020; Говоров С.А., 2022; Шамрей В.К., 2023), у военнослужащих – участников боевых действий формируются психические расстройства полиморфные по своей структуре и выраженности клинической симптоматики, требующие комплексной терапии с последующим проведением реабилитации (Резник А.М., 2020; Васильева А.В., 2023; Караваева Т.А., 2023; Радионов Д.С., 2023). Этиология и патогенез формирования боевой психической травмы изучались в зарубежной литературе

(Ben B.J., 2018; Blacker C.J., 2019; Bian Y.Y., 2020; Coventry P.A., 2020; Tsai J., 2021).

Цель исследования: выявление клинических особенностей стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов для создания организационной модели проведения медико-психологической реабилитации с учетом профиля их профессиональной деятельности.

Объект исследования: стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов МВД России, МЧС России, Росгвардии.

Предмет исследования: стресс-ассоциированные психические расстройства у участников боевых действий в зависимости от профиля их профессиональной деятельности.

Задачи исследования:

1. Определить клинические особенности стресс-ассоциированных психических расстройств у участников боевых действий после исполнения боевых задач в особых условиях в зависимости от профиля их профессиональной деятельности (сотрудники МВД России, военнослужащие Росгвардии, сотрудники МЧС России).

2. Установить личностные и психосоциальные факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности.

3. Выявить взаимосвязь повышенного риска формирования посттравматического стрессового расстройства с личностными особенностями и способами совладания со стрессом у комбатантов с различным профилем их профессиональной деятельности.

4. Разработать организационную модель медико-психологической реабилитации комбатантов со стресс-ассоциированными психическими расстройствами с различным профилем профессиональной деятельности в общесоматических подразделениях медицинских организаций, подведомственных МВД России, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Гипотеза исследования. Особенности стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности имеют значительные клинические различия. Организация проведения МПР комбатантам после исполнения служебно-боевых задач в особых условиях должна осуществляться с учетом особенностей их профессиональной деятельности и включать индивидуальный прогноз риска формирования нозологически сформированных стресс-ассоциированных психических расстройств с последующим системным мониторингом психического состояния в течение года.

Научная новизна исследования. Впервые проведено сравнительное исследование психического состояния комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности. Установлено, что риск формирования клинически выраженных проявлений ПТСР с тревожно-депрессивной

симптоматикой значительно выше у военнослужащих Росгвардии в отличие от сотрудников МВД России и МЧС России, при этом деструктивные формы копинг-стратегий в форме дистанцирования, конфронтации в большей степени способствуют развитию симптомов ПТСР, а наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений. Впервые обоснована необходимость разработки организационной модели МПР комбатантам в общесоматических медицинских организациях системы МВД России с организацией кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи с использованием потенциала междисциплинарного подхода при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий комбатантам с САПР.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов.

Во исполнение подпункта 1.1 протокола совещания МВД России от 23 марта 2023 г. № 24 предложенный автором алгоритм проведения МПР комбатантам рекомендован для внедрения во всех медицинских организациях, подведомственных МВД России (акт внедрения № 1/24 от 08.06.2024). Результаты работы внедрены в ФКУЗ «ЦП № 2 МСЧ МВД России» (акт внедрения от 27.01.2024). Материалы научного исследования внедрены в проведение учебного процесса студентов до- и последипломного образования медицинских вузов – Кировском государственном медицинском университете (акт внедрения от 18.04.2024) и Северном государственном медицинском университете (СГМУ, акт внедрения от 19.05.2024) Министерства здравоохранения Российской Федерации. На основании полученных данных внесено рационализаторское предложение «Алгоритм критериев оценки показаний для проведения медико-психологической реабилитации комбатантов» (№ 11/24 от 27.06.2024).

Положения, выносимые на защиту.

1. Риск формирования клинически выраженных ПТСР с тревожно-депрессивной симптоматикой значительно выше у военнослужащих Росгвардии в отличие от сотрудников МВД России и МЧС России, так как их профессиональные обязанности связаны с непосредственным участием в боевых действиях, алкогольное злоупотребление, деструктивные формы копинг-стратегий в форме дистанцирования, конфронтации способствуют развитию симптомов ПТСР, при этом наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

2. Факторами, способствующими формированию ПТСР у участников боевых действий вне зависимости от их ведомственной принадлежности, являются: субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения, социальная изоляция с отказом от поддержки окружения, тревожно-конфронтационный тип совладающего поведения.

3. Риск формирования ПТСР увеличивается при наличии донозологической тревожно-депрессивной симптоматики, деструктивных копинг-стратегий в форме

дистанцирования и конфронтации, злоупотреблении алкогольными напитками, при этом наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

4. Разработанная организационная модель МПР комбатантов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности, должна осуществляться в медицинских учреждениях первичного амбулаторного звена, подведомственных МВД России, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь с созданием кабинетов медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования с использованием потенциала междисциплинарного подхода.

Легитимность исследования подтверждена решением локального этического комитета СГМУ (протокол № 25/2023 от 13.11.2023).

Методология и методы исследования. Проведен анализ современной научной литературы по особенностям клинической симптоматики САПР у комбатантов, особенностям проведения им реабилитационных мероприятий в различных силовых ведомствах в России и за рубежом. Эмпирическая часть исследования включала сравнительный анализ клинических проявлений САПР у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности. Все респонденты проходили клинико-психопатологическое обследование, психологическое тестирование, предварительные химико-токсикологические исследования (ХТИ). На основании полученных результатов обоснована необходимость разработки организационной модели МПР комбатантам в общесоматических медицинских организациях системы МВД России с развертыванием кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи и использованием потенциала междисциплинарного подхода при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий комбатантам с САПР.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечена достаточным количеством обследованных респондентов, полученным объемом эмпирического материала, применением валидных методов исследования, соответствующих цели и задачам исследования, использованием оптимального набора статистических методов анализа полученных данных.

Апробация результатов исследования.

Результаты диссертации доложены и обсуждены на совместном заседании проблемных комиссий СГМУ и регионального отделения фонда «Защитники отечества» (Архангельск, 2024); Общероссийской межведомственной научно-практической конференции «Совершенствование подготовки сотрудников силовых ведомств в свете новых угроз» (Ставрополь, 2023); Всероссийской межведомственной научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации раненых и больных в современных условиях» (Москва, 2024); Всероссийском конгрессе «Психическое здоровье в меняющемся мире» (Санкт-Петербург, 2024); Всероссийской научно-практической

конференции «Психологическое содружество: возможности и перспективы» (Тамбов, 2024); Общероссийской научно-практической конференции «Противодействие преступным посягательствам силовыми ведомствами Российской Федерации на современном этапе» (Орел, 2024).

Область исследования. Диссертационная работа выполнена в соответствии с Паспортами специальностей ВАК при Минобрнауки России: 3.2.6. Безопасность в чрезвычайных ситуациях (медицинские науки) – по областям исследований: п. 9. Разработка проблем медицинского сопровождения, профессионального отбора, мониторинга и коррекции работоспособности и состояния здоровья, реабилитации и медицинской экспертизы участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки): п. 14. Разработка новых форм организации психиатрической и наркологической помощи, профилактики, психотерапии и медико-социальной реабилитации.

Личный вклад автора. Автором были сформулированы цель и задачи научного исследования, результаты исследования изложены в диссертации, сделаны формулировка выводов и разработка практических рекомендаций. Автором самостоятельно выполнены: клинико-психопатологическое обследование, психологическое тестирование, интерпретированы результаты лабораторных исследований, проведена статистическая обработка полученных данных и разработана организационная модель проведения МПР комбатантам с учетом профиля их профессиональной деятельности.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 7 печатных работ, из них 3 – статьи в журналах, рекомендованных действующим перечнем ВАК при Минобрнауки России и индексируемых в международной реферативной базе данных Scopus.

Объем и структура диссертации. Диссертация представлена на 108 страницах машинописного текста и содержит введение, обзор литературы, главу материалов и методов исследования, две главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, приложение, иллюстрирована 10 рисунками, 10 таблицами. Библиография содержит 168 источников, в том числе 85 – отечественных и 83 – зарубежных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении рассматривается актуальность исследования; определены объект, предмет, цель, задачи исследования; сформулированы гипотеза и основные положения, выносимые на защиту; приведены данные о теоретической и практической значимости работы, ее научной новизне и апробации результатов.

В главе I «Методологические подходы к организации и проведению медико-психологической реабилитации комбатантов» приведены обзор сведений о формировании и развитии научных подходов к боевой психической

травме у комбатантов, систематизированы клиническая структура, патогенез, подходы к терапии САПР у комбатантов, диагностика, клиника, особенности проведения МПР участникам боевых действий на современном этапе.

В главе II «Организация, объем и методы исследования» представлены четыре этапа проведения исследования. *На первом этапе* проведено клиническое обследование всех участников боевых действий, в течение пяти суток после возвращения из зон боевых действий, трех ведомств: Росгвардии, МВД России и МЧС России в соответствии с действующими ведомственными нормативными правовыми актами. *На втором этапе* проводились психологическое тестирование и лабораторные исследования всем комбатантам. Определялись межгрупповые различия по всем методикам исследования в группах, которые были сформированы по профессиональному признаку: МВД России, МЧС России, Росгвардия. *На третьем этапе* с использованием факторного анализа определены факторы, способствующие формированию ПТСР, и проведен корреляционный анализ для определения взаимосвязи между социально-психологическими особенностями комбатантов и риском формирования ПТСР. *На четвертом этапе* на основании полученных результатов обоснована организационная модель проведения МПР комбатантам.

Критерии включения в исследование: военнослужащие и приравненные к ним лица мужского пола, исполнявшие служебные и боевые задачи в течение 90 суток в условиях вооруженного конфликта, не имеющие на момент обследования расстройств здоровья, препятствующих дальнейшей службе, острой соматической и хирургической патологии, наркологических расстройств, давших добровольное согласие на проведение клинического и психологического обследований.

Критерии исключения из исследования: отказ от участия в исследовании на любом этапе.

Материалы и методы исследования. В рамках проведения психопрофилактического обследования после пребывания в зоне боевых действий более 90 суток, в течение первых 5 суток, согласно действующему законодательству, обследовано 222 мужчины военнослужащих Росгвардии, сотрудников МВД России и МЧС России. Все комбатанты были поделены на три группы по критерию профиля профессиональной деятельности: 1 – 75 чел. – сотрудники МВД России, 2 – 78 чел. – военнослужащие Росгвардии, 3 – 69 чел. – сотрудники МЧС России. Средний возраст респондентов $28,8 \pm 3,5$ лет. Значимых различий по стажу службы и возрасту между представителями групп не выявлялось. Проведены: клиническое психопатологическое обследование для выявления клинически сформированных психических расстройств и донозологических невротических реакций, диагностика расстройств проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 по классам: Психические расстройства и расстройства поведения рубрика – F 43.1; Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию – R.

Психологическое тестирование с использованием: СМИЛ (отечественная модификация ММРІ), дающая информацию как о стабильных характеристиках личности, так и о состоянии на момент обследования (Собчик М.Н., 2000); Краткий отборочный тест (КОТ) (адаптированный Вандерликом, 1992) – для определения уровня интеллекта; для выявления когнитивных нарушений использована Монреальская когнитивная шкала (МоСА), оценивающая ряд когнитивных функций: кратковременную память и вспоминания; пространственно-зрительные способности; множественные аспекты исполнительных функций; внимание, концентрация и рабочая память; языковые функции; абстрактное мышление; ориентация во времени и пространстве; для определения особенностей копинг-стратегий совладания со стрессом использовалась Методика Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой и соавт. (2004) «Копинг-стратегии»: 0–6 баллов низкий уровень напряженности – адаптивный варианткопинга; 7–12 баллов – средний адаптационный потенциал личности в пограничном состоянии; 13–18 баллов – высокая напряженность копинга, выраженная дезадаптация; Опросник Trauma Screening Questionnaire (TSQ) – для определения риска ПТСР: пороговое значение методики 6 баллов, при котором человека следует отнести к группе риска; Опросник клинической тревоги и депрессии (HADS) – для выявления наличия и степени выраженности тревоги и депрессии с учетом показателя по каждой подшкале: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога /депрессия.

Предварительные ХТИ – для выявления метаболитов психоактивных веществ (ПАВ): бензодиазепинов, этилглюкуронида. Для проведения ХТИ применялся анализатор ІК 200609: пороговые значения содержания и минимальные концентрации бензодиазепинов – 50 нг/мл, этилглюкуронида – 500 нг/мл. Наличие этилглюкуронида и бензодиазепинов при предварительном ХТИ определялось в связи с тем, что нередко военнослужащие и приравненные к ним лица принимают успокаивающие препараты без назначения врача. Биохимический анализ крови – для определения возможных вредных для здоровья последствий от употребления алкоголя и других ПАВ без назначения врача: аланинаминотрансфераза (АЛТ, пороговое значение для мужчин 41 ед/л), аспартатаминотрансфераза (АСТ, 41 ед/л), билирубин общий (норма – от 3,3 до 17,1 ммоль/л), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) (референсные значения 10–71 ед/л). В качестве вспомогательных методик, косвенно свидетельствующих о чрезмерном употреблении алкоголя, определяли карбогидрат-дефицитный трансферрин (КДТ) – в качестве основного маркера хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) (<1,2% – результат в пределах нормы, >2,5% – превышение нормы, 1,7– 2,5% – недоказательно, нужно дополнительное наблюдение).

Статистический анализ данных проводился с помощью программы SPSS 26. Для проверки нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Непараметрический U-критерий Манна-Уитни

использовался для проверки статистической значимости различий между двумя независимыми выборками. В случае сравнения двух групп, имеющих нормальное распределение количественного признака, осуществлялся критерий Стьюдента для несвязанных выборок (данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения $M \pm s$). Поиск взаимосвязей между двумя качественными данными осуществлялся с помощью теста Хи-квадрат Пирсона (данные представлены в виде абс.ч., %); в случае попарного сравнения показателей использовалась поправка Бонферрони. Факторный анализ проводился методом главных компонент.

В главе III «Психическое здоровье участников боевых действий с различным профилем профессиональной деятельности» проанализированы результаты сравнительных исследований групп комбатантов – сотрудников МВД России, военнослужащих Росгвардии, сотрудников МЧС России, определены различия в клинической донозологической симптоматике в зависимости от вида их профессиональной деятельности. Выявлены различия актуального состояния комбатантов согласно профилю личности СМЛ, копинг-стратегиями совладания со стрессом, продуктивности мыслительной деятельности в условиях ограниченного времени, определены взаимосвязи между повышенным риском формирования ПТСР, особенностями профессиональной деятельности и способам снятия эмоционального напряжения. Показано, что вне зависимости от характера служебно-боевых задач у всех комбатантов формируются донозологические невротические состояния, различные по структуре и выраженности симптоматики.

В главе IV «Организационная модель медико-психологической реабилитации комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности» обосновано применение модели вне зависимости от ведомственной принадлежности комбатантов с реализацией в медицинских учреждениях первичного амбулаторного звена, подведомственных МВД России, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь с созданием кабинетов медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования. Показана возможность использования потенциала междисциплинарного подхода при проведении медико-психологической реабилитации комбатантов, как с нозологически сформированными САПР, так и на уровне их донозологических проявлений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ структуры САПР показал, что клинически сформированные ПТСР (F 43.1) значимо чаще встречались у военнослужащих Росгвардии в отличие от сотрудников МВД России, а у представителей МЧС России данной патологии зафиксировано не было. РА (F 43.2) значимо ($p < 0,001$) чаще регистрировались у сотрудников МВД России в отличие от военнослужащих Росгвардии и сотрудников МЧС России. Нервозность (R 45.0) у сотрудников МВД России и

военнослужащих Росгвардии встречалась в группах примерно с одинаковой частотой и значимо ($p < 0,001$) чаще, чем у представителей МЧС России. Частота встречаемости эмоциональных состояний с симптомами беспокойства и возбуждения (R 45.1), раздражительности и озлобления (R 45.4) межгрупповых различий не имела. Состояние тревоги (R 45.2) существенно ($p < 0,001$) реже выявлялось у сотрудников МВД России в отличие от представителей Росгвардии и МЧС. Враждебность (R 45.5) и физическая агрессивность (R 45.6) чаще ($p < 0,001$) встречалась у военнослужащих Росгвардии и сотрудников МЧС в сравнении с представителями МВД России. Состояние стресса (R 45.7) отмечалось значительно чаще у представителей МВД России и военнослужащих Росгвардии в сравнении с сотрудниками МЧС России. В целом, отсутствие донозологических невротических состояний констатировано у 28,0 % сотрудников МВД России и 30,4% сотрудников МЧС России, а у представителей Росгвардии – только в 1,3% ($p < 0,001$).

Нами проанализировано актуальное психологическое состояние комбатантов согласно обобщенным показателям по шкалам профиля личности СМИЛ. Профиль личности комбатантов был достоверен и не имел статистически значимых различий между группами, согласно показателям по шкалам L, F, K. Было выявлено, что у сотрудников МВД России ($58,8 \pm 14,5$ Т бал.), в отличие от военнослужащих Росгвардии ($53,9 \pm 9,1$ Т бал.), после командировки в зону СВО, показатели по шкале «невротический сверхконтроль» были значительно ($p < 0,005$) выше. «Пессимистичность» и «эмоциональная лабильность» были значительно ($p < 0,005$) ниже у сотрудников МВД России ($55,9 \pm 14,2$; $58,8 \pm 15,9$ Т бал. соответственно) по сравнению с представителями Росгвардии ($60,2 \pm 10,0$; $53,9 \pm 10,9$ Т бал. соответственно) и МЧС России ($64,2 \pm 14,8$; $51,9 \pm 9,5$ Т бал. соответственно). Уровни по шкалам «импульсивность» и «мужественность» были существенно ($p < 0,005$) выше у военнослужащих Росгвардии ($65,3 \pm 11,1$; $64,5 \pm 14,7$ Т бал. соответственно) в отличие от сотрудников МВД России ($61,7 \pm 12,9$; $43,7 \pm 14,2$ Т бал. соответственно) и МЧС России ($61,3 \pm 11,2$; $48,6 \pm 14,3$ Т бал. соответственно), что вероятно свидетельствует об особенностях защитно-приспособительного поведения в условиях службы на передовой линии фронта. По шкалам «ригидность», «тревожность», «индивидуалистичность» значимых межгрупповых различий выявлено не было. Показатель «оптимистичность» был значительно ($p < 0,005$) ниже у сотрудников МВД России ($45,1 \pm 10,8$ Т бал.) и военнослужащих Росгвардии ($41,5 \pm 12,3$ Т бал.) в отличие от представителей МЧС России ($46,7 \pm 11,7$ Т бал.). «Социальная интравертированность» у сотрудников МВД России ($54,5 \pm 14,4$ Т бал.) и сотрудников МЧС России ($55,5 \pm 11,7$ Т бал.) была значительно ($p < 0,001$) ниже, в отличие от сотрудников Росгвардии ($68,9 \pm 9,7$ Т бал.). В целом, ситуационный профиль личности у сотрудников МВД России после участия в боевых действиях можно охарактеризовать как «тревожно невротический» с риском импульсивных

поступков при противодействии окружения. Профиль личности сотрудников Росгвардии – «социально-интравертированный» с высокой тревожностью, категоричностью и импульсивностью в поступках. Сотрудники МЧС России, после пребывания в зоне СВО, имели, согласно личностному профилю СМИЛ, «пессимистично-тревожный тип» с риском импульсивных поступков. Таким образом, выявлены значимые различия в актуальном психологическом состоянии комбатантов, в зависимости от профиля профессиональной деятельности.

Согласно данным психологического исследования, риск формирования ПТСР был значимо ниже у сотрудников МВД России ($p < 0,005$) в отличие от участников боевых действий Росгвардии и МЧС России. Аналогичный результат отмечался по шкале тревоги HADS ($p < 0,005$). Депрессия по шкале HADS встречалась значительно реже у сотрудников МВД России и МЧС России, в отличие от военнослужащих Росгвардии, у которых средние значения выраженности депрессивного состояния соответствовали субклиническому уровню. Это, вероятно, связано с тем, что в профессиональные обязанности военнослужащих Росгвардии входит непосредственное участие в боевых действиях (в том числе в составе штурмовых групп).

По результатам методики «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса у сотрудников МВД России показатели «принятие ответственности» ($7,1 \pm 1,2$ бал.) и «бегство-избегание» ($7,1 \pm 2,3$ бал.) соответствовали пограничному уровню и свидетельствовали о том, что их совладающее поведение со стрессом заключалось преимущественно в поиске своих ошибок и избегании мыслей о травматическом событии. Остальные шкалы методики Р. Лазаруса показывали уровень адаптивного копинга. У военнослужащих Росгвардии шкала «конфронтация» ($13,4 \pm 2,2$ бал.) соответствовала значению высокой напряженности копинга, что говорит о высоком риске дезадаптации, с защитной реакцией в форме выраженной конфликтности и склонности к агрессии. По шкалам «дистанцирование» ($12,1 \pm 3,4$ бал.), «самоконтроль» ($10,7 \pm 1,1$ бал.), «поиск социальной поддержки» ($8,9 \pm 2,4$ бал.), «принятие ответственности» ($7,9 \pm 2,8$ бал.) в группе военнослужащих Росгвардии результаты свидетельствовали о напряженности адаптации, обследованные были склонны к усиленному контролю поведения, самообвинению, изоляции от окружающих. В группе сотрудников МЧС России отмечен средний уровень выраженности копинга по шкалам «дистанцирование» ($8,0 \pm 2,1$ бал.), «самоконтроль» ($8,6 \pm 1,7$ бал.), что говорит об обособленности от окружающих, усиленном контроле поведения; остальные шкалы теста в группе сотрудников МЧС свидетельствовали об адаптивном варианте копинга.

Согласно результатам тестов Монреальской когнитивной шкалы и КОТ значимых различий между группами комбатантов МВД России, МЧС России и Росгвардии не выявлено, результаты методик были в пределах референсных значений.

Несмотря на то, что при проведении предварительных ХТИ порогового значения средних результатов определено не было, имелись значимые статистические различия между группами. У военнослужащих Росгвардии содержание этилглюкуронида было значимо ($p \leq 0,001$) выше, чем у представителей МВД России и МЧС России. Средние значения содержания бензодиазепинов при предварительном ХТИ не превышали пороговых значений и не имели статистически значимых различий между группами.

Средние значения активности АЛТ, АСТ и содержания общего билирубина в биохимическом анализе крови соответствовали норме, при этом имелись значимые ($p \leq 0,001$) различия между группами: у военнослужащих Росгвардии все исследованные биохимические показатели были существенно выше по сравнению с сотрудниками МЧС России и МВД России, а уровень ГГТП превышал допустимую норму.

Уровень КДТ в исследуемых группах респондентов не достигал клинически значимых пороговых значений, при этом нами выявлены значительные ($p \leq 0,001$) различия в группах по его содержанию: у представителей Росгвардии данный показатель приближался к границе порога, указывал на чрезмерное употребление алкоголя и свидетельствовал о необходимости дополнительного наблюдения врачом психиатром–наркологом на предмет выявления хронической алкогольной интоксикации.

Для разработки модели прогноза формирования ПТСР у комбатантов мы использовали результаты применяемых психологических методик по всей выборке респондентов, с учетом профиля их профессиональной деятельности разработали формулу прогноза с использованием метода форсированного ввода переменных). Модель была статистически значима при $\chi^2=533,8$ ($p \leq 0,001$); $-2 LL=321,4$; Нэйджелкерке $R^2=0,786$.

Формула прогнозирования формирования ПТСР у комбатантов, с учетом профиля их профессиональной деятельности:

$$P(\hat{y}) = \frac{1}{1+e^{-y}}$$

где $y = 1,589 - 0,041 * X1 - 0,068 * X2 + 0,079 * X3 + 0,012 * X4 + 0,005 * X5 +$
 $+ 0,024 * X6 - 0,016 * X7 + 0,035 * X8 + 0,071 * X9 + 0,122 * X0$

Повышенный риск формирования ПТСР формируется у комбатантов, несущих службу на передовой линии, с социально-интравертированными чертами личности, склонных к совершению импульсивных поступков под влиянием эмоционального стресса.

$P(\hat{y})$ – вероятность формирования ПТСР ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); результат близкий к «1», говорит о повышенном риске развития ПТСР у комбатантов, а к «0» – о низком риске формирования ПТСР. Точность правильного прогноза вероятности

формирования ПТСР у комбатантов в зависимости от профиля их профессиональной деятельности с применением данной модели составила 83,6%.

Нами выявлена положительная взаимосвязь между наличием этилглюкуронида в предварительном ХТИ и риском формирования ПТСР ($r=0,421$, $p=0,052$), тревогой ($r=0,567$ $p=0,051$) и копинг-стратегией «дистанцирование» ($r=0,456$, $p=0,005$), и отрицательная взаимосвязь с копинг-стратегией «поиск социальной поддержки» ($r=-0,458$, $p=0,005$). Это свидетельствует, что при употреблении алкоголя возрастает риск формирования ПТСР с выраженной тревожной симптоматикой, способом совладания со стрессом является дистанцирование от окружающих. При этом наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

На следующем этапе по всей выборке респондентов – участников боевых действий, для выявления факторов риска формирования ПТСР, был проведен факторный анализ методом главных компонент, который собрал 8 элементарных переменных, включающих базовые шкалы использованных тестовых методик. Группирующей переменной являлся результат тестовой скрининг-методики Trauma Screening Questionnaire.

Результаты факторного анализа представили прогностическую модель с тремя факторными значениями, превышающими 1,0. F1 (36,0%, $r=8,31$), определенный нами, как «субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения», собрал переменные: тревога (0,91), депрессия (0,83) самоконтроль (-0,66). Это говорит о том, что при наличии у комбатанта субклинической депрессии и тревоги на фоне низких показателей копинг-стратегии самоконтроля, риск формирования ПТСР, в том числе с тенденция к агрессивным действиям, крайне велик. F2 – «социальная изоляция с отказом от поддержки окружения» объяснял 23,0% совокупной дисперсии с компонентом собственного значения $r=5,23$ и включал шкалы тестовых методик: депрессия (0,81), дистанцирование (0,61) и поиск социальной поддержки с отрицательным факторным весом (-0,68). Это свидетельствует о том, что при наличии субдепрессии в сочетании с копинг-стратегией – дистанцирование и отсутствие стремления к поддержке окружающих, риск формирования ПТСР повышается. F3 – «тревожно-конфронтационный тип совладающего поведения» (9,6%, $r=2,91$) сгруппировал три элементарные переменные, значения которых превышали 0,5: тревога (0,80), конфронтация (0,71), бегство-избегание (-0,51). Это говорит о том, что, если у комбатанта непосредственно по возвращении из зоны боевых действий имеется выраженная тревога в сочетании со стратегиями совладания в форме конфронтации с окружающими или избегания социальных контактов, риск формирования ПТСР повышается.

Таким образом, по результатам факторного анализа, было выявлено, что риск формирования ПТСР выше у военнослужащих и приравненных к ним лиц в случае наличия у них по возвращении из зоны боевых действий симптоматики,

отражающей «субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения», «депрессивно-изоляционный» и «тревожно-дискоммуникативный» типы поведенческих защитных реакций. Факторами риска формирования ПТСР у комбатантов является наличие «субклинического тревожно-депрессивного состояния со снижением контроля поведения», «депрессивно-изоляционный» и «тревожно-дискоммуникативный» тип реагирования на стресс и употребление алкоголя.

На основании результатов проведенного исследования нами предложена организационная модель оказания медико-психологической реабилитации комбатантам в медицинских организациях системы МВД России (рис. 1).

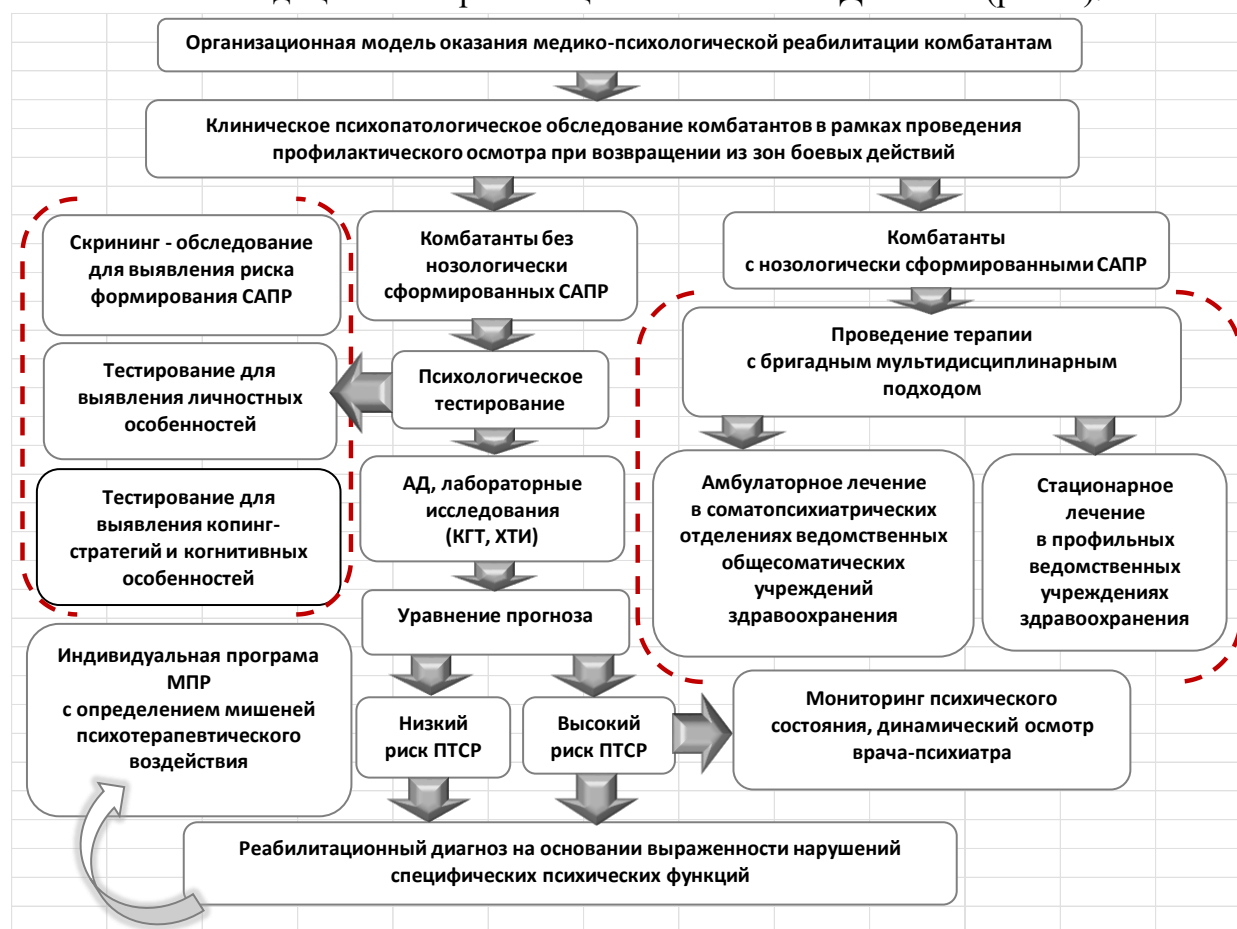


Рис. 1. Организационная модель оказания МПП комбатантам в медицинских учреждениях МВД России

Предложенный алгоритм включает проведение системного мониторинга психического здоровья сотрудников с осмотром у врача психиатра по истечении трех, шести и двенадцати месяцев после возвращения сотрудников из командировки, что позволяет своевременно выявлять возникшие отдаленные последствия боевой психической травматизации. Согласно приказу Минздрава России от 14.10.2022 № 668н с 01.07.2023 в Порядке оказания психиатрической помощи предусмотрено создание подразделений по охране психического здоровья на базе общесоматических учреждений здравоохранения. Для этого активно включены в работу учреждения первичного амбулаторного звена, оказывающие

первичную специализированную медико-санитарную помощь, подведомственные МВД России. Используется потенциал междисциплинарного подхода при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий сотрудникам с САПР как нозологически сформированными, так и на уровне донозологических проявлений.

Должности врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов включены в штатные расписания учреждений общемедицинской сети; проводится организация деятельности кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи. Кабинеты медико-психологического консультирования укомплектовываются медицинскими психологами и осуществляют деятельность, в функции которой входит клиничко-психологическое консультирование, психологическая диагностика, участие в оказании помощи комбатантам с психическими расстройствами. Кабинеты медико-психологической помощи функционируют в медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам, страдающими психическими расстройствами. В их штат входят врач-психотерапевт или врач-психиатр, медицинский психолог.

ВЫВОДЫ

1. Клинически сформированные психические расстройства у комбатантов после исполнения оперативно-служебных и боевых задач характеризуются наличием психических расстройств в 5,9% случаев, донозологические расстройства психического здоровья в форме невротических, астенических, поведенческих реакций наблюдаются у 74,7%, симптомы психического неблагополучия отсутствуют у 19,4% комбатантов.

2. В клинической картине 5,3% комбатантов МВД России отмечаются расстройства адаптации ($p < 0,001$), 66,7% – донозологическое состояние стресса, преобладает нервозность (R 45.0), (R 45.1), тревога (R 45.2), раздражительность и озлобление (R 45.4), враждебность (R 45.5), физическая агрессивность (R 45.6), беспокойство и возбуждение (R 45.1); не выявлено психических нарушений у 28% сотрудников. У 7,7% участников боевых действий Росгвардии выявляются клинически сформированные посттравматические стрессовые расстройства ($p \leq 0,001$) (F 43.1), 2,6% – расстройства адаптации, 88,4% – донозологические психические расстройства и характеризуются общим состоянием стресса с нервозностью (R 45.0), беспокойством и возбуждением; только у 1,4% не выявлено расстройств психического здоровья. У 1,4% комбатантов МЧС России выявлены расстройства адаптации, 68,2% – донозологические нарушения с состоянием тревоги (R 45.2), не имеют расстройств психического здоровья 30,4%, что значительно чаще, чем у сотрудников МВД России и военнослужащих Росгвардии.

3. Факторами, способствующими формированию посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий вне зависимости от их ведомственной принадлежности, являются: субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения (36,0%, $r = 8,31$),

социальная изоляция с отказом от поддержки окружения (23,0%, $r=5,23$), тревожно-конфронтационный тип совладающего поведения (9,6%, $r=2,91$).

4. Значимые положительные взаимосвязи имеют место между наличием этилглюкуронида в предварительном химико-токсикологическом исследовании и риском формирования посттравматического стрессового расстройства ($r=0,421$, $p=0,052$), тревогой ($r=0,567$, $p=0,051$) и копинг-стратегией «дистанцирование» ($r=0,456$, $p=0,005$), отрицательная – с копинг-стратегией «поиск социальной поддержки» ($r=-0,458$, $p=0,005$), то есть при алкогольном злоупотреблении возрастает риск формирования посттравматического стрессового расстройства с выраженной тревожной симптоматикой, а способом совладания со стрессом является дистанцирование от окружающих; наличие социальной поддержки снижает риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

5. Организационная модель медико-психологической реабилитации комбатантов включает три этапа: диагностический – с определением риска формирования стресс-ассоциированных расстройств, медико-психологической помощи – с бригадным мультидисциплинарным подходом и мониторингом состояния психического здоровья через 3, 6 и 12 месяцев. Проведение реабилитационных мероприятий осуществляется по месту прикрепления комбатантов на медицинское обслуживание в кабинетах медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования ведомственных медицинских учреждений первичного амбулаторного звена, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При проведении медико-психологической реабилитации комбатантов со стресс-ассоциированными расстройствами рекомендуется использовать потенциал междисциплинарного подхода как нозологически сформированными, так и на уровне донозологических проявлений.

2. При разработке комплексной программы медико-психологической реабилитации участникам боевых действий за основу критериев оценки состояния рекомендуется принимать рубрики Международной классификации болезней 10 пересмотра и положения Международной классификации функционирования, определяющей составляющие здоровья и благополучия человека в части, касающейся специфических психических функций: (b14-19) внимания, эмоций, восприятия, темперамента, личностной адаптации, волевые и побудительные функции, функции сна.

3. Целенаправленный скрининг психического состояния участников боевых действий рекомендуется внедрять для выявления психопатологической симптоматики, требующей специализированной психотерапевтической и психиатрической помощи непосредственно в поликлинических подразделениях медицинских организаций системы МВД России.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в научных изданиях, индексируемых в международных базах данных Scopus и научных изданиях, включенных ВАК Минобрнауки России в перечень изданий, рекомендованных для опубликования основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам

1. Двинских, М.В. Особенности донозологических стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов в зависимости от профиля их профессиональной деятельности / М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьев, С.В. Жернов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 4. – С. 83-89. – DOI: 10.25016/2541-7487-2023-0-4-83-89.
2. Двинских, М.В. Медико-психологическая реабилитация комбатантов в медицинских организациях органов внутренних дел Российской Федерации / А.Г. Лихолетов, М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2024. – Т. 128. – № 1 (128). – С. 28-31. – DOI: 10.52341/20738080_2024_128_1_128.
3. Двинских, М.В. Факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий / М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина, А.Г. Соловьев [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2024. – № 2 – С. 200-206. DOI: 10.34883/PI.2024.15.2.010.

Монографии

1. Двинских, М.В. Социальная реабилитация участников боевых действий: методы, стратегии и результаты / М. В. Двинских, В. Н. Гонтарь, Е. Г. Ичитовкина [и др.] // Социальные проблемы России и пути их решения: коллективная монография. – Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство «Зебра»), 2024. – С. 117-126.
2. Двинских, М.В. Организация профилактики формирования психических расстройств у сотрудников МВД России после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях / А.Г. Лихолетов, М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина // Показатели психических расстройств у сотрудников МВД России (2008-2023 гг.): коллективная монография. – Санкт-Петербург: ИПЦ «Измайловский», 2024. – Гл. 3. – С. 58-61.

Статьи, тезисы докладов

1. Двинских, М.В. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий / М.В. Двинских // Противодействие преступным посягательствам силовыми ведомствами Российской Федерации на современном этапе: матер. научно-практической конференции (Орел, 14 ноября 2023 г.). – Орел: Полицентр. – 2024. С. –161-162.
2. Двинских, М.В. Медико-психологическая реабилитация в медицинских организациях МВД России / М.В. Двинских, Е.Г. Ичитовкина // Актуальные вопросы противодействия возникающим угрозам на современном этапе: матер. Всероссийской научно-практической конференции (Москва, 28 февраля 2024 г.). – Москва, Шуя: Полицентр, 2024. – С. 92-95.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ГАМК	– гамма-аминомасляная кислота
ГТП	– гамма-глутамилтранспептидаза
КДТ	– карбогидрат-дефицитный трансферрин
КОТ	– Краткий отборочный тест
КПТ	– когнитивно-поведенческая психотерапия
МВД России	– Министерство внутренних дел Российской Федерации
МКБ	– Международная классификация болезней
МПР	– медико-психологическая реабилитация
МЧС России	– Министерство чрезвычайных ситуаций Российской Федерации
ОАС	– общий адаптационный синдром
ОВД	– органы внутренних дел Российской Федерации
ПТСР	– посттравматическое стрессовое расстройство
РА	– расстройство адаптации
Росгвардия	– Федеральная служба войск национальной гвардии Российской Федерации
СВО	– специальная военная операция
СМИЛ	– Стандартизированный многофакторный метод исследования личности
ХТИ	– химико-токсикологические исследования

Подписано в печать 11.10.2024. Формат 60x84 ¹/₁₆. Гарнитура Times.
Усл. печ. л. 1,0. Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ №
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru