

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи



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

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научные руководители:

Ичитовкина Елена Геннадьевна
доктор медицинских наук, доцент

Соловьев Андрей Горгоньевич,
доктор медицинских наук, профессор

Архангельск – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
Глава I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ	13
1.1. Стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов, этиология, патогенез	13
1.2. Диагностика и терапия стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов	16
1.3. Исторические аспекты медико-психологической реабилитации участников боевых действий	20
1.4. Современные подходы к проведению медико-психологической реабилитации в контексте специфики профессиональной деятельности комбатантов	23
Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	29
2.1. Организация проведения исследования	29
2.2. Материалы и методы исследования.....	30
Глава III. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	34
3.1. Клиническая структура стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности.....	34
3.2. Личностные особенности у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности.....	43
3.3. Копинг-стратегии совладания со стрессом у комбатантов трех групп с различным профилем профессиональной деятельности	49
3.4. Когнитивные особенности в условиях ограниченного времени у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности.....	51
3.5. Результаты лабораторных исследований у комбатантов трех групп с различным профилем профессиональной деятельности	55
3.6. Способ оценки показаний к медико-психологической реабилитации комбатантов	57
3.7. Взаимосвязь личностных, когнитивных, функциональных и эмоциональных особенностей с риском формирования ПТСР	60

3.8. Факторы, способствующие формированию стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов	62
Глава IV. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	65
4.1. Дифференциация показаний к проведению медико-психологической реабилитации комбатантам.....	66
4.2. Организация медико-психологической реабилитации комбатантам в условиях ведомственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.....	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
ВЫВОДЫ.....	77
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	79
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	80
ПРИЛОЖЕНИЕ. Клинический пример	100

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	– аланинаминотрансфераза
АСТ	– аспартатаминотрансфераза
ГАМК	– гамма-аминомасляная кислота
ГГТП	– 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

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Разработка комплексных подходов к медико-психологической реабилитации (МПР) комбатантов со стресс-ассоциированными расстройствами 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 [7, 21, 58, 90].

Последствия боевого стресса в форме стресс-ассоциированных психических расстройств и нарушений поведения встречаются более чем у 30% участников СВО [34, 42, 76, 101]. Клиническая структура расстройств, связанных с боевым стрессом полиморфна и представлена как нозологически сформированными психическими расстройствами, так и донозологическими невротическими состояниями, требующими оказания медицинской помощи и проведения реабилитационных мероприятий [22, 58, 87, 106].

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 Российской Федерации [5].

Сотрудники МВД России в рамках участия в СВО занимаются обеспечением общественной безопасности, осуществляют оперативно-розыскную и контрразведывательную деятельность, направленную на нейтрализацию преступников, предотвращение диверсий и террористических актов, защиту ключевых объектов и обеспечение безопасности населения [34, 87]. Бойцы отдельных специальных подразделений Росгвардии занимаются обеспечением правопорядка, пресекают попытки незаконного вооруженного

сопротивления, охраняют государственные и военные объекты, участвуют в спецоперациях по ликвидации группировок террористов и бандитов, непосредственно участвуют в боевых действиях на первой линии фронта [19, 23, 58, 77, 93]. Сотрудники МЧС России занимаются ликвидацией чрезвычайных ситуаций и спасательными операциями: пожарные и спасатели осуществляют тушение пожаров, ликвидацию аварий и последствий взрывов, вывод из опасности людей, уничтожение взрывоопасных объектов, спасение людей из разрушенных зданий, создание условий для эвакуации населения и спасения, пострадавших в зоне СВО [106].

Задачи, стоящие перед специалистами МВД России, Росгвардии и МЧС России в зоне СВО, различаются и связаны с их профилем профессиональной деятельности. Каждое ведомство выполняет свои функции для обеспечения национальной безопасности и защиты общественного порядка [8, 23]. При этом угроза жизни и здоровью есть у всех участников боевых действий вне зависимости от характера исполняемых задач и близости к непосредственной линии фронта [30, 110]. 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 медико-психологической реабилитации комбатантам регламентировано ведомственными приказами и нормами, отсутствует единый механизм определения критериев оценки показаний к проведению комбатантам медико-психологической реабилитации [23]. Что диктует необходимость рассмотрения данного вопроса с научных позиций, для последующей разработки нормативной правовой базы, регламентирующей единый подход к проведению медико-психологической реабилитации 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 В.С., 2018; Зайцева Н.С., 2020; Попов А.В., 2020; Говоров С.А., 2022; Шамрей В.К., 2023) [6, 14, 20, 23, 37, 64], у военнослужащих – участников боевых действий формируются психические расстройства полиморфные по своей структуре и выраженности клинической симптоматики (Резник А.М., 2020; Васильева А.В., 2023; Караваева Т.А., 2023; Радионов Д.С., 2023) [7, 8, 26, 37, 60]. 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) [94, 95, 97, 105, 141].

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 организаций 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 последиplomного 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 посттравматических стрессовых расстройств (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, а 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, алкогольном злоупотреблении, 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 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северный государственный медицинский университет» (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; 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 автора.

Глава I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ

1.1. Стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов, этиология, патогенез

Ганс Селье, канадский ученый венгерского происхождения, считается одним из пионеров в изучении стресса. Его теория стресса, впервые представленная в 1936 году, оказала значительное влияние на понимание стресса и его воздействия на организм. Г. Селье определял стресс как неспецифическую реакцию организма на любую требовательную ситуацию. По его мнению, стресс – это универсальная физиологическая реакция на различные стимулы или стрессоры, будь то психические, физические, позитивные или негативные.

Г. Селье описал синдром общего адаптационного синдрома (ОАС) как трехфазный процесс реакции организма на стресс.

Фаза тревоги (алармная реакция). Начальная реакция организма на стрессор, включающая активацию симпатической нервной системы и высвобождение адреналина и норадреналина. Это вызывает ряд изменений в организме, таких как учащенное сердцебиение и повышенное давление.

Фаза сопротивления. Если стрессор продолжает действовать, организм входит во вторую фазу, в которой он пытается адаптироваться к стрессу. На этом этапе уровни гормонов стресса, включая кортизол, остаются повышенными, что помогает организму справляться со стрессом.

Фаза истощения. Если стрессор продолжает действовать длительное время или является слишком сильным, организм истощает свои ресурсы, что приводит к ухудшению функций организма и может вызвать заболевания. Это стадия, на которой стресс может привести к серьезным проблемам. Г. Селье подчеркивал, что стресс вызывает неспецифическую реакцию организма, то есть организм реагирует одинаково на различные стрессоры. Это основное отличие теории

Селье от других теорий стресса, которые утверждают, что разные виды стресса вызывают разные реакции.

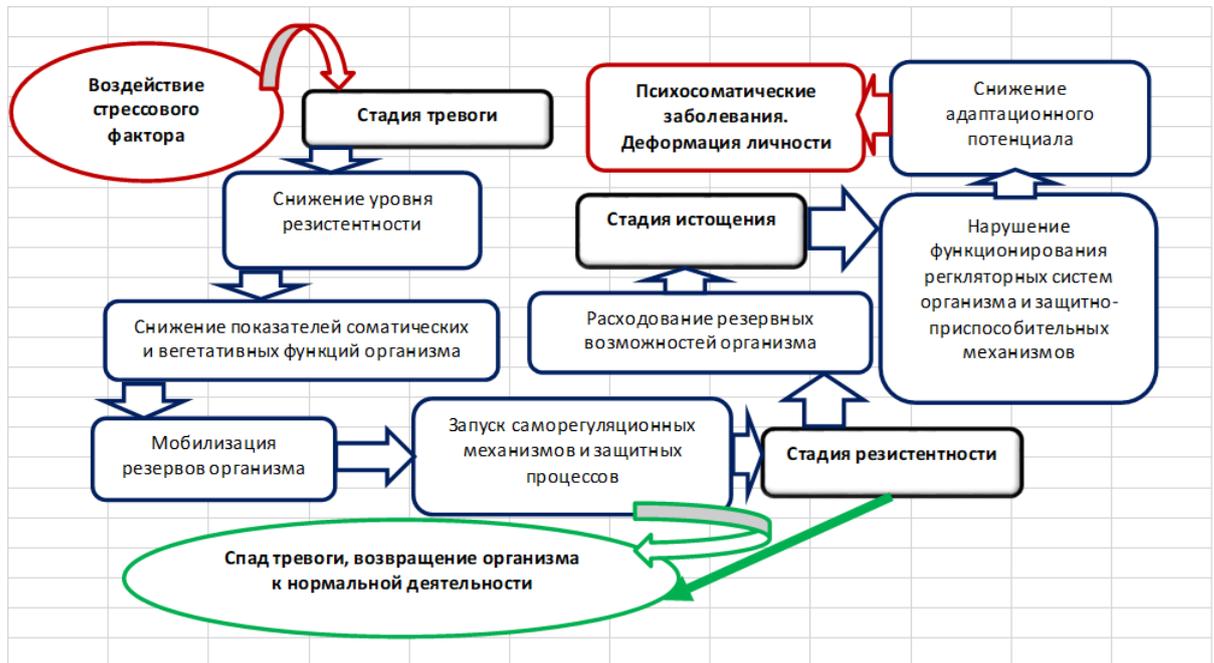


Рисунок 1. Концепция адаптационного синдрома Г. Селье

Теория Селье оказала большое влияние на понимание стресса и его действие на здоровье. Она подчеркнула важность адаптации к стрессу и потенциальные последствия хронического стресса для здоровья. Теория также положила основу для дальнейших исследований в области психонейроиммунологии и психосоматической медицины.

Ричард Лазарус (Richard Lazarus) сосредоточился на психологическом восприятии стресса. Лазарус утверждал, что стресс является результатом взаимодействия между индивидуумом и окружающей средой и что психологическая оценка событий играет ключевую роль в определении стрессового ответа.

Брюс Макьюэн (Bruce McEwen) изучал нейроэндокринологию стресса. Макьюэн изучал, как длительное воздействие стресса изменяет мозг, особенно в области гиппокампа, и как это влияет на память и эмоциональные реакции.

Роберт Сапольски (Robert Sapolsky) изучал, как стресс влияет на поведение и физиологию. Его работы включают изучение влияния стресса на нейронную дегенерацию и возможности предотвращения этого эффекта.

Стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов представляют собой сложную проблему, требующую комплексного подхода в диагностике, лечении и понимании патогенеза.

В рамках изучения стресс-ассоциированных расстройств целесообразно рассмотреть патогенез ПТСР, так как многими современными учеными рассматривался процесс инициации цепочки нейробиологических изменений, которые запускаются вследствие травматического события. Патогенез ПТСР является сложным и многофакторным, включающим в себя психологические, нейробиологические и социальные аспекты. Он начинается с травматического события, которое приводит к ряду изменений на всех этих уровнях. Травматическое событие может быть однократным или многократным и включать в себя физическую угрозу, серьезную травму или психологический стресс. Это событие активирует «борьбу или бегство» реакцию организма, вызывая повышенное высвобождение адреналина и других стрессовых гормонов. Происходят нейробиологические изменения в головном мозге (ГМ). Гиппокамп играет ключевую роль в формировании и хранении воспоминаний, при развитии ПТСР гиппокамп может быть уменьшен в размерах, что влияет на процесс обработки и интеграции травматических воспоминаний. Миндалевидное тело ГМ участвует в обработке эмоций, особенно страха. У людей с ПТСР миндалевидное тело гиперактивно, что приводит к усиленной эмоциональной реакции на травматические воспоминания или стимулы. Префронтальная кора ГМ отвечает за регулирование эмоций и импульсов. Дисфункция в этой области при ПТСР приводит к трудностям в контроле эмоций и поведения.

В патогенезе ПТСР важную роль играют изменения в работе мозга, обусловленные дисбалансом нейромедиаторов. Влияние нейромедиаторов на формирование и течение ПТСР описано многими авторами, при этом часто высказываются противоположные точки зрения по данному вопросу. Кортизол (гормон стресса) обычно помогает организму справиться со стрессом, но у людей с ПТСР его уровень часто бывает ниже нормы. Это может нарушать способность

организма адекватно реагировать на стресс и способствовать хроническому воспалению. Уровни норадреналина часто повышены у людей с ПТСР, что может усиливать гипервозбудимость, бдительность и реакции на стресс. Нарушение баланса серотонина, нейромедиатора, важного для регулирования настроения и тревожности, часто наблюдается при ПТСР. Это может способствовать симптомам депрессии и тревожности. ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) – основной тормозной нейромедиатор в мозге, и его дисфункция может быть связана с повышенной тревожностью и невозможностью расслабиться. Глутамат – возбуждающий нейромедиатор, и его избыточная активность может быть связана с нейротоксичностью и повреждением мозга при ПТСР.

Эти нейробиологические изменения и дисбаланс нейромедиаторов влияют на различные аспекты функционирования организма, от эмоциональной регуляции до реакции на стресс. Понимание этих изменений имеет важное значение для разработки эффективных стратегий лечения ПТСР, включая фармакотерапию, нацеленную на восстановление химического баланса в мозге, и психотерапевтические подходы, направленные на обработку травматических воспоминаний и снижение гиперреактивности миндалевидного тела.

1.2. Диагностика и терапия стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов

Диагностические подходы к постановке стресс-ассоциированных расстройств основаны на клинической классификации и осмотре врача-психиатра. Рубрика F43 в Международной классификации болезней (МКБ) описывает реакции на тяжелый стресс и нарушения, связанные с ним (табл. 1). В контексте военнослужащих и комбатантов, которые часто подвергаются экстремальным условиям и стрессам, эти диагнозы особенно актуальны.

**Классификация стресс-ассоциированных расстройств
по МКБ-10 и МКБ-11**

По МКБ-10:	
F43	Реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства:
F43.0	– Острое стрессовое расстройство
F43.1	– Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
F43.2	– Смешанные и другие реакции на тяжелый стресс
F43.8	– Другие указанные реакции на тяжелый стресс
F43.9	– Реакция на тяжелый стресс, неуточненная
По МКБ-11:	
(БлокL1-6B4):	Расстройства реакции на стресс:
6B41	– Острое стрессовое расстройство
6B40	– Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
6B43	– Смешанные и другие реакции на стресс
6B4Y	– Другие уточненные расстройства реакции на стресс
6B4Z	– Расстройства реакции на стресс, неуточненные

Основные изменения, внесенные в новые рекомендации, касаются классификации ПТСР в соответствии с МКБ-11. В частности, была введена более узкая концепция ПТСР, исключая диагностику только на основе неспецифичных симптомов. Также была добавлена новая категория «Комплексное ПТСР», аналогичная диагнозу «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы» в МКБ-10. Кроме того, в МКБ-11 введен новый диагноз «Пролонгированная реакция горя», описывающий пациентов с интенсивной и долгосрочной реакцией на тяжелую утрату.

Этот диагноз аналогичен F43.9 по МКБ-10 и используется в случаях, когда расстройство реакции на стресс не может быть точно классифицировано.

Пролонгированная реакция горя – это новый диагноз, введенный в Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11). Этот диагноз описывает состояние человека, который испытывает интенсивную,

болезненную и аномально длительную реакцию на сильную утрату, такую как смерть близкого человека. Ключевые характеристики пролонгированной реакции горя включают:

– длительность реакции – эмоциональная реакция на потерю продолжается значительно дольше, чем обычно ожидается в соответствии с культурными, религиозными и возрастными нормами;

– интенсивность реакции – чувство горя настолько интенсивно, что мешает повседневной жизни человека;

– функциональное ухудшение – горе приводит к значительному снижению социальной, профессиональной или других важных областей функционирования.

Пролонгированная реакция горя отличается от обычного горя тем, что чувства потери остаются интенсивными и длительными, влияя на способность человека возвращаться к нормальной жизни даже спустя длительный период времени после утраты.

Этот диагноз был введен для улучшения понимания и лечения людей, которые тяжело переживают потерю, и для того, чтобы обеспечить им более целенаправленную и эффективную помощь. Важно отметить, что пролонгированная реакция горя требует профессионального вмешательства, так как может серьезно нарушать нормальный ход жизни человека.

Важно отметить, что реакции на стресс и травмы у военнослужащих могут сильно различаться в зависимости от индивидуальных особенностей, опыта службы и конкретных обстоятельств. Для эффективного лечения и поддержки необходим индивидуальный подход, включающий психотерапию, медикаментозное лечение и социальную поддержку.

Тем не менее, кроме клинического психопатологического обследования, сбора анамнеза, оценки симптомов и истории воздействия боевого стресса, применяется психологическое тестирование. Чаще всего в практической деятельности используются стандартизированные психометрические инструменты для оценки уровня тревожности, депрессии, ПТСР и других

связанных симптомов. Применяется психофизиологическое обследование с оценкой физиологических реакций на стресс, включая измерение сердечного ритма, артериального давления и уровня кортизола в крови.

ПТСР характеризуется повторным переживанием травматических событий, избеганием стимулов, связанных с травмой, и повышенной возбудимостью. Распространенное состояние среди ветеранов включает чувства грусти, утраты интереса к жизни и изменения в аппетите и сне. ПТСР часто сопровождается выраженной общей тревогой, социофобией, психосоматическими симптомами. Комбатанты могут переживать повторное психическое проигрывание травмы через воспоминания, сны или флэшбэки. Люди с ПТСР часто избегают ситуаций, напоминающих о травме, что может привести к социальной изоляции и усугублению симптомов. Отсутствие социальной поддержки может усилить симптомы ПТСР. С другой стороны, эффективная социальная поддержка может способствовать выздоровлению. Продолжающиеся стрессовые события после травмы могут усугубить развитие и течение ПТСР. В случае отсутствия эффективного лечения, ПТСР может перейти в хроническую форму, сопровождаясь длительными нарушениями в эмоциональном, социальном и профессиональном функционировании человека.

Терапия стресс-ассоциированных расстройств включает полипрофессиональный бригадный подход с участием врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов и социальных работников.

В 2023 году Минздравом России были разработаны новые клинические и методические рекомендации по лечению ПТСР. В рекомендациях приведены подробные описания критериев для диагностики ПТСР, включая повторное переживание травматического события, избегание мыслей или воспоминаний о событии, а также симптомы повышенной психологической чувствительности или возбудимости.

Психофармакотерапия стресс-ассоциированных расстройств, согласно клиническим рекомендациям, включает в качестве терапии первой линии селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

В качестве немедикаментозных методов рекомендовано использование когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), терапия пролонгированной экспозиции, терапия, основанная на осознанности, и психоаналитические подходы. Понимание и лечение стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов требует междисциплинарного подхода. ПТСР – это комплексное состояние, в котором сочетаются психологические травмы, нейробиологические изменения и социальные факторы. Эффективное лечение и поддержка требуют комплексного подхода, включающего в себя психотерапию, фармакотерапию и социальную поддержку.

1.3. Исторические аспекты медико-психологической реабилитации участников боевых действий

Медико-психологическая реабилитация – это мультидисциплинарная область, сочетающая медицинские и психологические подходы к восстановлению функциональности и улучшению качества жизни людей, перенесших психические травмы или страдающих психическими расстройствами. Развитие этой области было и остается продуктом вклада многих ученых и практиков по всему миру, включая значительные достижения в России.

История реабилитации участников боевых действий определяется с момента возникновения первых вооруженных конфликтов и войн. Однако системный подход к реабилитации начал формироваться только в XX веке, когда масштабы военных действий и их последствия стали представлять серьезную социальную проблему [2].

В разные исторические периоды акценты в реабилитации менялись – от фокуса на физическом восстановлении до уделения внимания психологической и социальной адаптации [4]. История реабилитации участников боевых действий, или комбатантов, уходит корнями в глубину веков, однако систематический подход к этой проблеме начал складываться в первой половине

XX века, в период и после Первой и Второй мировых войн, когда общество остро осознало необходимость комплексной поддержки ветеранов [5]. В конце XIX – начале XX века, развитие психиатрии и психологии, основанное на работах Зигмунда Фрейда, Карла Юнга и других, положило начало осознанию важности психологического аспекта в медицине.

В период между Первой и Второй мировыми войнами внимание исследователей было сосредоточено преимущественно на физической реабилитации, однако постепенно в фокус внимания попали и психологические аспекты. Особенно значимым стало изучение ПТСР, которое начало активно исследоваться после Второй мировой войны. Именно в этот период появились работы психиатров, таких как Абрам Кардайнер и Герберт Спенсел, которые подробно описали симптомы этого расстройства и его влияние на жизнь ветеранов [19].

В последующие десятилетия XX века, особенно после войны во Вьетнаме, внимание к реабилитации участников боевых действий значительно усилилось [22]. Появилось множество исследований, посвященных не только ПТСР, но и другим аспектам адаптации ветеранов, включая их социальную и профессиональную интеграцию, эмоциональное благополучие и качество жизни. В этот период ключевую роль начали играть исследователи, такие как Роберт Лифтон и Чарльз Фигли, которые акцентировали внимание на комплексном подходе к реабилитации, учитывающем все аспекты жизни ветеранов. Чарльз Фигли (род. 1944), психолог, внесший значительный вклад в исследование ПТСР и реабилитации ветеранов, особенно в контексте войны во Вьетнаме [11]. Роберт Лифтон (род. 1926), американский психиатр, известен своими работами по психологии выживших после войны и атомных бомбардировок, которые были опубликованы во второй половине XX века. Абрам Кардайнер (1891–1981), американский психоаналитик, один из первых исследователей, описавших симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ветеранов Второй мировой войны [9]. Герберт Спенсел (1924–1999), психиатр, также

работавший над проблематикой ПТСР у ветеранов. Его работы в середине XX века значительно продвинули понимание этого состояния [15].

Вышеуказанные ученые и их работы являются лишь частью обширной истории изучения реабилитации участников боевых действий. Многие исследователи со всего мира внесли свой вклад в развитие этой области, особенно в контексте конфликтов и войн XX и XXI веков [20].

В начале XXI века реабилитация комбатантов стала предметом еще более тщательного исследования, учитывая участие военнослужащих в многочисленных конфликтах по всему миру [18]. Особое внимание уделяется разработке интегрированных программ социальной поддержки, включающих психологическую помощь, профессиональное обучение и восстановление социальных связей [15]. Акцентируется внимание на том, что успешная реабилитация требует скоординированных усилий в различных сферах жизни человека [17].

История реабилитации комбатантов прослеживает изменение подходов и методов поддержки ветеранов [11]. Исходно фокус был сконцентрирован в основном на физическом восстановлении после службы, но эта парадигма эволюционировала в более системный и комплексный подход, который учитывает психологическое, социальное и профессиональное восстановление [10].

В СССР исследования в области психологии и психиатрии были во многом сосредоточены на изучении неврозов, психосоматических и стрессовых расстройств, связанных с военными и трудовыми условиями. Развитие медико-психологической реабилитации в России после распада Советского Союза характеризовалось увеличением интереса к проблемам психического здоровья, особенно у лиц, пострадавших в результате социальных и экономических потрясений переходного периода. Медико-психологическая реабилитация играет ключевую роль в восстановлении психического здоровья и социальной адаптации пациентов. Это направление подразумевает индивидуальный подход, включающий комплексную оценку психического состояния, разработку индивидуального плана реабилитации, который может включать как

медикаментозное лечение, так и различные формы психотерапии, а также социальную поддержку и помощь в адаптации к повседневной жизни.

1.4. Современные подходы к проведению медико-психологической реабилитации в контексте специфики профессиональной деятельности комбатантов

Современный этап реабилитации комбатантов характеризуется мультидисциплинарным подходом и многоаспектностью в процессе оказания помощи участникам боевых действий.

В соответствии с частью 5 статьи 40 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвержден приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н, при этом понятие медико-психологической реабилитации лицам с донозологическими нарушениями здоровья не предусмотрено.

В Стратегии развития производства промышленной продукции реабилитационной направленности до 2025 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2017 г. № 2599-р, представлен перечень аспектов в области развития реабилитационной индустрии Российской Федерации, в котором не отражены направления, касающиеся проведения реабилитационных мероприятий участникам боевых действий, не являющихся инвалидами.

Контингентами, прикрепленными на медицинское обслуживание в медико-санитарным частям МВД России, являются не только сотрудники органов внутренних дел (ОВД) Российской Федерации и члены их семей, но и сотрудники Росгвардии и МЧС России, исполняющие профессиональные задачи в чрезвычайных условиях военного характера.

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 Российской Федерации.

Сотрудники МВД России, в рамках участия в СВО, занимаются обеспечением общественной безопасности, осуществляют оперативно-розыскную и контрразведывательную деятельность, направленную на нейтрализацию преступников, предотвращение диверсий и террористических актов, защиту ключевых объектов и обеспечение безопасности населения в зоне СВО.

Бойцы отдельных специальных подразделений Росгвардии занимаются обеспечением правопорядка в зоне специальной военной операции, пресекают попытки незаконного вооруженного сопротивления, охраняют государственные и военные объекты, участвуют в спецоперациях по ликвидации группировок террористов и бандитов, участвуют непосредственно в боевых действиях на первой линии фронта.

Сотрудники МЧС России занимаются ликвидацией чрезвычайных ситуаций и спасательными операциями в зоне СВО: пожарные и спасатели осуществляют тушение пожаров, ликвидацию аварий, вывод из опасности людей, ликвидацию последствий взрывов, уничтожение взрывоопасных объектов, спасение людей из разрушенных зданий, создание условий для эвакуации населения и спасения, пострадавших в зоне СВО.

Задачи, которые стоят перед специалистами МВД России, Росгвардии и МЧС России в зоне специальной военной операции, различаются и связаны с их профилем профессиональной деятельности. Каждое ведомство выполняет свои функции с целью обеспечения национальной безопасности и защиты общественного порядка.

При этом угроза жизни и здоровью есть у всех участников боевых действий вне зависимости от характера исполняемых задач или близости к линии фронта. Это связано с современными методами войны и особенностями применяемых видов вооружений (беспилотные летательные аппараты, ракетное оружие),

которые приводят к взрывам и жертвам даже в глубоком тылу. Ожидание опасности формирует хронический боевой стресс у всех участников, находящихся в зоне боевых действий.

В действующем законодательстве не предусмотрен единый подход к проведению МПР сотрудникам силовых ведомств, не систематизированы критерии оценки состояния психического здоровья лиц, вернувшихся после исполнения задач в особых условиях профессиональной деятельности. В каждом ведомстве существуют отдельные законодательные нормы, регламентирующие показания, порядок и места проведения МПР.

Так, в МВД России, на основании Федерального закона от 19 июля 2011 г. № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» разработан приказ МВД России от 10 января 2012 г. № 5 «О медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации», определяющий перечень показаний к МПР, перечень категорий сотрудников органов внутренних дел, нуждающихся в реабилитации, а также порядок и места проведения МПР.

В Росгвардии в соответствии с пунктом 2.1 статьи 16 Федерального закона от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», частью 4 статьи 28 Федерального закона от 3 июля 2016 г. № 226-ФЗ «О войсках национальной гвардии Российской Федерации» и подпунктом 96 пункта 9 Положения о Федеральной службе войск национальной гвардии Российской Федерации, утвержденного Указом Президента Российской Федерации от 30 сентября 2016 г. № 5103, разработан приказ Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации от 15 июня 2018 г. № 204 «Об утверждении Перечня показаний к медико-психологической реабилитации и соответствующей им продолжительности медико-психологической реабилитации, Перечня категорий военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации и лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих

специальные звания полиции, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации, а также Порядка и мест проведения медико-психологической реабилитации»

В МЧС России МПР сотрудников осуществляется на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 24 апреля 2019 г. № 492 «О медико-психологической реабилитации сотрудников, имеющих специальные звания и проходящих службу в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы Российской Федерации, органах принудительного исполнения Российской Федерации, федеральной противопожарной службе Государственной противопожарной службы и таможенных органах Российской Федерации».

В большинстве нормативных правовых актов силовых структур предусмотрено проведение комплексного обследования сотрудников после возвращения из командировок, связанных с исполнением оперативно-служебных задач с опасностью для жизни и здоровья. Медицинский осмотр осуществляется врачом-терапевтом, врачом-психиатром, а также другими специалистами, при наличии показаний.

Для проведения реабилитационных мероприятий сотруднику предоставляется отпуск по решению врачебной комиссии медицинской организации. Тем не менее оценка состояния комбатантов основана на преимущественно субъективном подходе, критерии объективизации состояния не предусмотрены. При этом клиническая диагностика психических нарушений у данного контингента крайне затруднена из-за стигматизации психиатрической и психологической помощи в силовых структурах. Действующие военнослужащие и приравненные к ним лица предпочитают не высказывать жалобы врачам-психиатрам ведомственных учреждений и зачастую обращаются врачам, практикующим в частных клиниках, полностью выпадая из поля зрения ведомственного здравоохранения. Отсутствие информации о наличии у сотрудников расстройств психического здоровья не позволяет оказывать

комплексную помощь участникам боевых действий, включая и мероприятия по МПР.

С учетом вышесказанного, необходима разработка единого подхода к проведению МПР участникам боевых действий вне зависимости от их ведомственной принадлежности, о чем говорилось на Совете безопасности при председательстве Президента Российской Федерации в феврале 2023 года.

Важно учитывать мнения специалистов различных областей – психиатров, психологов, социальных работников, реабилитологов – для составления комплексного реабилитационного плана. Индивидуальный план реабилитации основывается на уникальных потребностях каждого пациента и включает цели по восстановлению функций, методы лечения, психотерапевтическую поддержку и социальную адаптацию.

В Соединенных Штатах Америки действует Управление делами ветеранов (Veterans Affairs, VA), которое предоставляет широкий спектр услуг для ветеранов. Это включает в себя медицинскую помощь, образование, жилье и профессиональную реабилитацию. Также существует государственная программа по выдаче ветеранам страховых компенсаций и пенсий (Veterans Pension Program). Важной инициативой является программа VA для предоставления жилья ветеранам (VA Home Loan Program), которая предоставляет возможность ветеранам и их семьям получить доступные и гарантированные ипотечные кредиты. Кроме того, множество неправительственных организаций, таких как Wounded Warrior Project, Disabled American Veterans (DAV) и Fisher House Foundation, активно оказывают поддержку ветеранам в США [8].

В Германии государство организует социальную поддержку ветеранов через Федеральное министерство обороны. Это включает в себя медицинскую помощь и поддержку при трудоустройстве. Также существуют организации, например, Deutsche Gesellschaft für Wehrtechnik (DWT), которые занимаются поддержкой ветеранов и проводят мероприятия [11].

В Российской Федерации поддержка ветеранов боевых действий осуществляется государством и общественными организациями. Фонд «Защитники Отечества» предоставляет поддержку ветеранам боевых действий. Ветеранам боевых действий предоставляется возможность взять 35-дневный дополнительный отпуск без уменьшения заработной платы, а также получить профессиональное обучение или дополнительное образование, которое оплачивается работодателем. Важной частью льгот для ветеранов является медицинское обслуживание. Они имеют право на приоритетное обслуживание в различных медицинских учреждениях и по выходе на пенсию могут продолжать обслуживаться в тех же военных поликлиниках и больницах, к которым они были прикреплены во время службы. Кроме того, им предоставляется бесплатное протезирование или компенсация за приобретенные протезы, за исключением зубных.

Таким образом, каждая страна имеет свои собственные программы, направленные на помощь ветеранам, и организации, осуществляющие помощь. Эти инициативы меняются со временем и требуют постоянного обновления и адаптации, чтобы наилучшим образом удовлетворять потребности этой важной категории граждан.

Совместное усилие государства, неправительственных организаций и общества в целом при поддержке ветеранов позволяет сделать их адаптацию более эффективной и устойчивой, обеспечивая им возможность жить полноценной и счастливой жизнью после службы. Поддержка ветеранов и инвестирование в их реабилитацию не только служат заслуженным признанием их жертв и службы, но и способствуют укреплению общества в целом. Работающие программы и стратегии реабилитации создают более сильное и благополучное общество, в котором ветераны могут продолжать иметь важную роль даже после завершения своей военной карьеры.

Глава II. ОРГАНИЗАЦИЯ, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация проведения исследования

На первом этапе обследовали 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 проводилось 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 определили факторы, способствующие формированию посттравматического стрессового расстройства, и провели 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 медико-психологической реабилитации комбатантам после возвращения из зоны боевых действий в условиях общесоматических учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь с организацией кабинетов медико-психологической профилактики и медико-психологической помощи.

Критерии включения в исследование:

- военнослужащие и приравненные к ним лица, исполнявшие служебные и боевые задачи в течение 90 суток в условиях вооруженного конфликта;
- военнослужащие и приравненные к ним лица, не имеющие на момент обследования расстройств здоровья, препятствующие дальнейшей службе;

- военнослужащие и приравненные к ним лица, не имеющие острой соматической и хирургической патологии;
- военнослужащие и приравненные к ним лица, не имеющие наркологических расстройств;
- лица мужского пола;
- добровольное согласие на проведение клинического и психологического обследования.

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

2.2. Материалы и методы исследования

В рамках проведения психопрофилактического обследования после пребывания в зоне боевых действий более 90 суток, в течение первых 5 сут., согласно действующему законодательству, обследовано 222 мужчины военнослужащих Росгвардии, сотрудников МВД России и МЧС России, не имеющих острой хирургической, неврологической патологии.

Все комбатанты были поделены на три группы по критерию профиля профессиональной деятельности: 1-я группа – 75 чел. – сотрудники МВД России, 2-я группа – 78 чел. – военнослужащие Росгвардии, 3-я группа – 69 чел. – сотрудники МЧС России. Средний возраст респондентов 28,8±3,5. Значимых различий по стажу службы, 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:

1. СМИЛ (Стандартизированный многофакторный метод исследования личности, отечественная модификация ММРІ), дающая информацию как о стабильных характеристиках личности, так и о состоянии на момент обследования (Собчик М.Н., 2000).

2. Краткий отборочный тест (КОТ) (адаптированный Вандерликом, в 1992 г.) для определения уровня когнитивных способностей в условиях ограниченного времени.

3. Монреальская когнитивная шкала (MoCA, Montreal Cognitive Assessment) используется для диагностики когнитивных нарушений. Оценка включает следующие когнитивные функции: кратковременная память и способность к воспоминанию (максимум 5 баллов), которые проверяются с помощью двух тестов на запоминание пяти существительных с последующим их воспроизведением через примерно 5 минут; пространственно-зрительные способности оцениваются с помощью задания по рисованию циферблата (3 балла) и копирования трехмерного куба (1 балл); несколько аспектов исполнительных функций оцениваются через задание на чередование, адаптированное из части В задачи на соединение пронумерованных точек линией (1 балл), задание на фонематическую беглость (1 балл) и вербальную абстракцию по двум объектам (2 балла); внимание, концентрация и рабочая память проверяются с помощью задачи на поддержание внимания (определение цели нажатием, 1 балл), последовательного вычитания (3 балла) и задания на повторение чисел в прямом и обратном порядке (1 балл); языковые функции оцениваются через называние изображений малоизвестных животных (лев, верблюд, носорог; 3 балла), повторение двух синтаксически сложных предложений (2 балла) и уже упомянутое задание на беглость речи; абстрактное мышление измеряется через задание на определение сходства между двумя объектами (2 балла); ориентация во времени и пространстве проверяется путем вопросов о текущей дате и месте проведения теста (6 баллов).

4. Методика Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой и соавт. (2004) «Копинг-стратегии», использована нами для определения особенностей стратегий совладания со стрессом: 0–6 баллов низкий уровень напряженности, говорит об адаптивном варианте копинга; 7–12 баллов – средний, свидетельствует об адаптационном потенциале личности в пограничном состоянии; 13–18 баллов – высокая напряженность копинга, выраженная дезадаптация.

5. Опросника Trauma Screening Questionnaire (TSQ) – для определения риска посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) пороговое значение методики 6 баллов, при котором человека следует отнести к группе риска.

6. Опросник клинической тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – для выявления наличия и степени выраженности тревоги и депрессии, учитывался суммарный показатель по каждой подшкале, результаты интерпретировались согласно ключу: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога / депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога / депрессия.

Лабораторные исследования.

1. Предварительные химико-токсикологические исследования (ХТИ) для выявления метаболитов психоактивных веществ: бензодиазепинов, этилглюкуронида. Для проведения ХТИ применялся анализатор ИК 200609 (номер регистрационного удостоверения Росздравнадзора ФСЗ 2010/07075). 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 или в результате обращения к частнопрактикующим специалистам.

2. Биохимический анализ крови, для определения возможных вредных для здоровья последствий от употребления алкоголя и других психоактивных

веществ без назначения врача: – аланинаминотрансфераза (АЛТ) (пороговое значение для мужчин 41 ед/л), – аспартатаминотрансфераза (АСТ) (пороговое значение для мужчин 41 ед/л), – билирубин общий (нормы от 3,3 до 17,1 ммоль/л), – гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) (референсные значения 10 – 71 ед/л) – в качестве вспомогательных методик, которые косвенно могут свидетельствовать о чрезмерном употреблении алкоголя): – карбогидрат-дефицитный трансферрин (КДТ) – в качестве основного маркера хронической алкогольной интоксикации изучалось содержание (<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 производился методом главных компонент.

Глава III. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3.1. Клиническая структура стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности

Согласно психологическому обследованию, риск формирования ПТСР (TSQ) 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 была значительно ниже 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) (рис. 2).

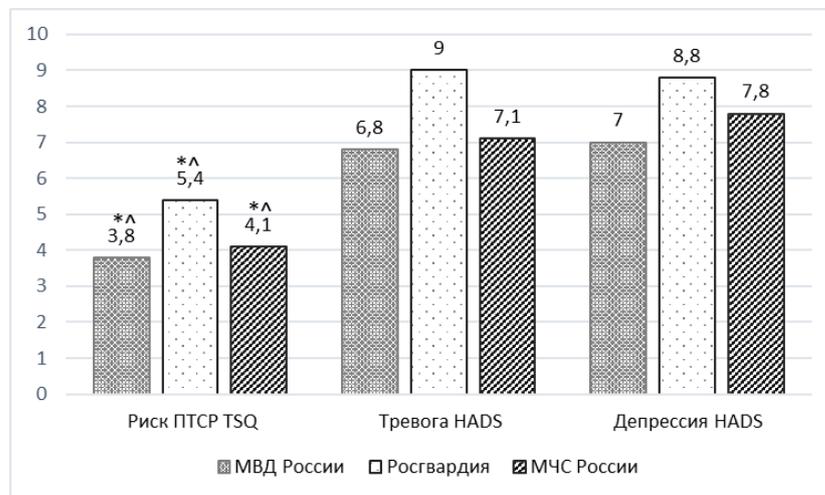


Рисунок 2. Результаты психологического скрининг-тестирования комбатантов трех групп при проведении медицинского осмотра после возвращения в места постоянной дислокации, M+ m, баллы

Примечание: p рассчитывалось с помощью U критерия Манна-Уитни, причем * p 1 – сравнение осуществлялось между МВД России и Росгвардией, ^ p 2 – между МВД России и МЧС России, “ p 3 – между Росгвардией и МЧС России, критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,005$

Таким образом, согласно обследованию, риск формирования ПТСР был повышен у всех групп обследованных комбатантов, при этом показатели оказались значимо выше у военнослужащих Росгвардии, что, вероятно, связано с их профессиональными обязанностями – непосредственным участием в боевых действиях. Уровень выраженности тревоги и депрессии у сотрудников МВД России и МЧС России по клинической шкале соответствовал пороговому значению субклинической выраженности симптомов. У военнослужащих Росгвардии тревога и депрессия были значимо выше, чем у остальных групп обследованных комбатантов.

Анализ структуры стресс-ассоциированных психических расстройств показал, что клинически сформированные ПТСР (F43.1) значимо чаще встречались у военнослужащих Росгвардии в отличие от сотрудников МВД России, а у представителей МЧС России данной патологии зафиксировано не было. Расстройство адаптации (РА) (F43.2) 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) значимых 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 России. Враждебность (R 45.5) и физическая агрессивность (R 45.6) чаще ($p < 0,001$) встречалась у военнослужащих Росгвардии и сотрудников МЧС России 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, у 28,0 % сотрудников МВД России и 30,4% сотрудников МЧС России не выявлялось донозологических

невротических состояний, а у представителей Росгвардии только в 1,3%, что значимо ($p < 0,001$) реже (табл. 2).

Риск развития ПТСР и других стресс-ассоциированных психических расстройств значительно выше среди военнослужащих Росгвардии по сравнению с сотрудниками МВД России и МЧС России. Это может быть связано с особенностями служебной деятельности военнослужащих Росгвардии, которая включает прямое участие в боевых действиях. Также стоит отметить, что уровень тревожности и депрессии оказался выше у военнослужащих Росгвардии, что коррелирует с более высокой частотой выявления клинически сформированных ПТСР в этой группе. В то время как сотрудники МВД России и МЧС России демонстрировали симптомы на пороговом уровне субклинической выраженности, что указывает на менее тяжелые проявления психических расстройств. Частота встречаемости нервозности, а также состояний связанных с тревогой, раздражительностью, озлобленностью, враждебностью и физической агрессивностью оказалась схожей у сотрудников МВД России и военнослужащих Росгвардии, тогда как представители МЧС показали более низкие показатели по этим категориям.

Сравнительно низкий процент отсутствия донозологических невротических состояний среди военнослужащих Росгвардии (1,3%) по сравнению с более высокими процентами среди сотрудников МВД России (28,0%) и МЧС России (30,4%) подчеркивает более высокую психическую нагрузку на эту группу (табл. 2).

Полученные данные подчеркивают необходимость разработки специализированных программ МПР, особенно для военнослужащих Росгвардии, с учетом высокого уровня профессиональных рисков и психической нагрузки, связанной с их должностными обязанностями.

Таблица 2

Стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов трех групп, %

Шифр по МКБ 10	Шкалы	Группы						χ^2	р уровень при попарном сравнении		
		МВД России		Росгвардия		МЧС России			*p	**p	***p
		n=75	%	n=78	%	n=69	%				
Психические расстройства и расстройства поведения											
F 43.1	ПТСР	0	0	6	7,7	0	0	46,132	<0,001	-	<0,001
F 43.2	РА	4	5,3	2	2,6	1	1,4	42,252	0,231	<0,001	0,254
Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию											
R 45.0	Нервозность	15	20,0	18	23,1	9	13,1	36,241	0,221	<0,001	<0,001
R 45.1	Беспокойство и возбуждение	10	13,3	13	16,7	9	13,1	2,434	0,286	0,277	0,239
R 45.2	Состояние тревоги	12	16,0	16	20,5	16	23,1	31,142	<0,001	<0,001	<0,001
R 45.4	Раздражительность и озлобление	3	4,1	3	3,8	3	4,3	2,519	0,213	0,237	0,281
R 45.5	Враждебность	1	1,3	4	5,1	3	4,3	27,156	<0,001	<0,001	0,225
R 45.6	Физическая агрессивность	1	1,3	6	7,7	4	5,8	23,251	<0,001	<0,001	0,264
R 45.7	Состояние стресса	8	10,7	9	11,5	3	4,3	33,267	0,216	<0,001	<0,001
Z 00	Отсутствие симптомов	21	28,0	1	1,3	21	30,4	41,152	<0,001	0,276	<0,001

Примечание: р рассчитывалось с помощью критерия χ^2 , причем * р 1 – сравнение осуществлялось между МВД России и Росгвардией, ** р 2 – между МВД России и МЧС России, *** р 3 – между Росгвардией и МЧС России, критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,001$, $p \leq 0,005$

Психопатологическое клиническое обследование показало наличие у 13 участников боевых действий нозологически сформированных стресс-ассоциированных психических расстройств. У 6 комбатантов было выявлено ПТСР (F43.1), все лица, страдающие ПТСР, были военнослужащими Росгвардии. Состояние комбатантов с ПТСР характеризовалось: снижением настроения, чувством вины выжившего, стойкими диссомниями (трудности при засыпании, частые пробуждения в середине ночи, ранние пробуждения в утренние часы). Комбатанты часто описывали оживление стрессора в сновидениях, их беспокоили ночные кошмары. У большей части лиц с ПТСР присутствовало постоянное возбуждение, субъективное напряжение и раздражительность, имелась тенденция к постоянному избеганию того, что может ассоциироваться с травматическим событием, нарушения сексуальной сферы, деперсонализация с психопатологическими реперезиваниями (flashbacks симптомы). Кроме того, у них присутствовал усиленный старт-рефлекс, выраженные вспышки гнева, сложности в контроле поведения.

У 7 комбатантов выявлялись – РА (2 чел. – Росгвардия, 4 чел. – МВД России и 1 чел. – МЧС России). В структуре расстройства приспособительных реакций (F43.2) у 4 чел. верифицирована кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20), клинические проявления заключались в стойком снижении настроения, идиаторной заторможенности, моторной дисфункции, нарушениях сна (ранние пробуждения) с периодически возникающими кошмарными сновидениями, тенденция к постоянному избеганию того, что может ассоциироваться с травматическим событием, проявлялась редко и поддавалась самоконтролю, ипохондрия, потеря веса. Клинический пример представлен в приложении А.

У 3 комбатантов был установлен диагноз смешанного расстройства эмоций и поведения, обусловленного нарушением адаптации (F43.22). В клинике преобладали: психическая тревога (субъективное напряжение и раздражительность), усиленный старт-рефлекс, плохо контролируемые вспышки

гнева, раздражительность, вспыльчивость, снижение настроения, чувство вины, ранняя бессонница (трудности при засыпании), социофобия.

Все обследованные комбатанты были направлены на проведение терапии, установлена временная утрата трудоспособности. Терапия проводилась с бригадным полипрофессиональным подходом с участием врачей: психиатра, психотерапевта и медицинского психолога. Психофармакотерапия осуществлялась согласно клиническим рекомендациям Минздрава России. Психотерапия проводилась индивидуально. Использовалась когнитивно-поведенческая психотерапии и проективные техники с применением арт-терапии.

На первом этапе применялась арт-терапия, которая способствовала установлению доверительного контакта между врачом и комбатантом, а также являлась способом диагностики психоэмоциональных нарушений. Комбатанты рисовали своё эмоциональное состояние.

На рисунках 3, 4, 5 представлены клинические примеры арт-терапии комбатантов Росгвардии с диагнозом ПТСР в начале проведения комплексной терапии.



Рисунок 3. «Облако смерти» рисунок комбатанта П. с диагнозом ПТСР

На рисунке 3 комбатанта П. с диагнозом ПТСР представлена работа «Облако смерти», пациент так описал свои чувства и эмоции на момент клинического обследования: «На рисунке «Облако смерти» изображен крест с красной полосой в центре, обрамленный темными кривыми линиями, который символизирует спасение или борьбу, а красная полоса в его центре отражает кровь, опасность или насилие. Вокруг креста шипы или осколки, что усиливает ощущение угрозы. Переживания чувства беспомощности, эмоциональной пустоты и глубокой внутренней боли».



Рисунок 4. «Вампир» рисунок комбатанта К. с диагнозом ПТСР

На рисунке 4 комбатанта К. с диагнозом ПТСР представлена работа «Вампир». Пациент описывал: «Злость, тревогу, ненависть на все, что произошло и на себя и свои действия в том числе, что переживает не только гнев на окружающий мир и события, произошедшие с ним в боевых действиях, но и чувство вины и самоуничтожения, часто присутствуют ощущение утраты, потеря контроля над своими эмоциями, что проявляется во вспышках неконтролируемой агрессии и саморазрушительных мыслях. На рисунке изобразил существо, напоминающее вампира или агрессивного зверя, с открытой пастью, острыми клыками и выражением крайней злости и агрессии».



Рисунок 5. «Я и жизнь» рисунок комбатанта М. с диагнозом ПТСР

На рисунке 5 комбатанта М. с диагнозом ПТСР представлена работа «Я и жизнь». Комбатант описал свое состояние как безликое, с отсутствием эмоций и перспектив нормальной жизни. На рисунке изображена пустынная сцена с минимальными деталями, где в центре композиции находится маленькая, одинокая фигура, возможно, животное, сидящее напротив темного и массивного объекта, который может ассоциироваться с преградой или угрозой. Цветовая гамма рисунка включает холодные оттенки синего и зеленого, создавая ощущение отстраненности и одиночества. Вдали нарисовано безжизненное дерево, что символизирует отсутствие жизненной энергии.

Эмоциональное состояние комбатанта, характеризуется глубокой апатией, эмоциональной пустотой и безнадежностью. Одинокая фигура на фоне холодного, безжизненного пейзажа может символизировать его чувство изоляции от мира и невозможность увидеть будущее. Темная преграда впереди, возможно, представляет трудности и препятствия, с которыми комбатант сталкивается, пытаясь восстановить свою жизнь после травмирующего опыта. Рисунок

отражает эмоциональную оторванность от окружающих, и неспособность восстановить связь с окружающим миром.

Когнитивно-поведенческая терапия с обучением техникам уменьшения тревожности и редукции травматических образов, деструктивных убеждений и негативных автоматических мыслей с выявлением и изменением того значения, которое комбатант придает пережитому травматическому событию. Применялся фазовый подход, ориентированный на травме: фазу установления безопасности и стабилизации (псих образовательная фаза), фаза конфронтации и проработки травмы, фаза интеграции опыта психической травмы и консолидации. Средняя продолжительность временной нетрудоспособности комбатантов с диагнозом – ПТСР составила 90 суток, а с диагнозом РА – 32 суток.

На основе приведённых данных можно сделать вывод о значимости комплексного подхода в лечении ПТСР среди комбатантов, включающего как медикаментозное, так и психотерапевтическое вмешательство. Использование полипрофессиональной бригады, состоящей из психиатра, психотерапевта и медицинского психолога, позволяет обеспечить всеобъемлющий подход к лечению, что способствует более эффективной стабилизации состояния пациентов.

Арт-терапия на начальных этапах терапии способствовала не только диагностике психоэмоциональных нарушений, но и установлению доверительного контакта между терапевтом и пациентом, что является критически важным для успешной психотерапии. Эмоциональные проявления, выраженные в арт-работах, таких как «Облако смерти», «Вампир» и «Я и жизнь», показывают глубину переживаний комбатантов и помогают терапевтам точнее настраивать лечебный процесс.

Когнитивно-поведенческая терапия, включающая техники уменьшения тревожности и проработки травматических образов, демонстрирует важность активной работы с травматическим опытом, что способствует переосмыслению и интеграции пережитого. Фазовый подход в лечении, включая стабилизацию, конфронтацию и интеграцию, оказывается эффективным в долгосрочной перспективе.

Значительная разница в продолжительности временной нетрудоспособности между пациентами с ПТСР и РА (90 против 32 дней соответственно) подчеркивает тяжесть ПТСР и необходимость длительной и интенсивной терапии для эффективного восстановления.

Таким образом, данные подчеркивают значимость интегрированного подхода в лечении ПТСР у комбатантов, который включает как медикаментозные, так и разнообразные психотерапевтические методы, адаптированные к индивидуальным потребностям каждого пациента.

3.2. Личностные особенности у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности

Далее мы проанализировали актуальное психологическое состояние комбатантов, с помощью обобщенных показателей по шкалам профиля личности СМИЛ. Анализ результатов показал, что 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, в отличие от военнослужащих Росгвардии, после командировки в зону СВО, был значительно выше ($p < 0,005$) невротический сверхконтроль поведения.

Пессимистичность и эмоциональная лабильность были значительно ($p < 0,005$) ниже у сотрудников МВД России, по сравнению с представителями Росгвардии и МЧС России. Уровень импульсивности и мужественности был существенно ($p < 0,005$) выше у военнослужащих Росгвардии в отличие от сотрудников МВД России и МЧС России, что вероятно свидетельствует об особенностях защитно-приспособительного поведения в условиях службы на передовой линии фронта.

Шкала пессимистичности оценивает склонность человека к негативному восприятию окружающего мира, будущего и собственных возможностей. Высокие значения по этой шкале указывают на выраженные пессимистические установки, которые могут проявляться в постоянных ожиданиях

неблагоприятного исхода событий, негативной оценке своих перспектив и недоверии к положительным изменениям. Люди с высокими показателями на шкале пессимистичности, как правило, испытывают трудности в поддержании оптимизма, часто фокусируются на негативных аспектах жизни и склонны преувеличивать возможные трудности и риски. Это состояние может способствовать развитию тревожных и депрессивных расстройств, так как такие люди чаще чувствуют безысходность и беспомощность перед жизненными обстоятельствами. Низкие баллы по шкале пессимистичности, напротив, указывают на оптимистичный взгляд на жизнь, способность к позитивному мышлению и уверенность в своих силах и будущем. В исследуемых группах различия в пессимистичности были следующими: сотрудники МВД России показали результаты на уровне $55,9 \pm 14,2$, военнослужащие Росгвардии — $60,2 \pm 10,0$, а сотрудники МЧС России — $64,2 \pm 14,8$. Эти данные свидетельствуют о том, что сотрудники МЧС России продемонстрировали наиболее выраженные пессимистические установки по сравнению с другими группами.

Шкала эмоциональной лабильности оценивает степень нестабильности эмоционального состояния, склонность к резким и частым колебаниям настроения. Высокие значения по этой шкале указывают на повышенную чувствительность к внешним и внутренним стимулам, что проявляется в быстрой смене эмоциональных реакций — от радости к печали, от спокойствия к раздражению. Люди с высокими показателями по шкале эмоциональной лабильности могут испытывать трудности в контроле своих эмоций, что может приводить к конфликтам, импульсивным поступкам или трудностям в адаптации к стрессовым ситуациям. Такая эмоциональная неустойчивость часто сопровождается повышенной возбудимостью, тревожностью, а также сниженной способностью к длительному сосредоточению на задачах.

Низкие значения на этой шкале, напротив, указывают на эмоциональную стабильность, способность сохранять спокойствие и уравновешенность даже в сложных ситуациях, а также контролировать свои эмоции.

В исследуемых группах показатели эмоциональной лабильности были следующими: сотрудники МВД России – $58,8 \pm 15,9$, военнослужащие Росгвардии – $53,9 \pm 10,9$, сотрудники МЧС России – $51,9 \pm 9,5$. Эти данные свидетельствуют о том, что сотрудники МВД России демонстрируют более выраженную эмоциональную лабильность по сравнению с другими группами, что может указывать на их большую подверженность эмоциональным колебаниям и нестабильности.

По шкалам ригидности, тревожности, индивидуалистичности значимых межгрупповых различий выявлено не было. Показатель оптимистичности был значительно ($p < 0,005$) ниже у сотрудников МВД России и военнослужащих Росгвардии в отличие от представителей МЧС России. Шкала тревожности говорит об уровне внутреннего напряжения и склонности к беспокойству у всех респондентов. Высокие значения по этой шкале указывают на частое переживание тревоги, склонность к опасениям и негативным ожиданиям. В исследуемых группах тревожность демонстрирует достаточно высокие значения: у сотрудников МВД России ($63,3 \pm 13,1$), военнослужащих Росгвардии ($62,8 \pm 12,1$) и сотрудников МЧС России ($61,1 \pm 11,9$), что говорит о значительном уровне внутреннего напряжения и беспокойства среди всех групп комбатантов.

Шкала индивидуалистичности характеризует степень ориентации на собственные интересы и склонность к самостоятельности в принятии решений у исследованных групп участников боевых действий, высокие значения могут указывать на стремление к независимости, самодостаточности и меньшую склонность к групповому взаимодействию. Сотрудники МВД России ($52,7 \pm 13,4$), военнослужащие Росгвардии ($53,5 \pm 14,3$) и сотрудники МЧС России ($54,1 \pm 11,5$) демонстрируют схожие показатели.

Шкала ригидности оценивает устойчивость поведения, консервативность и сопротивление изменениям у исследованных комбатантов. Люди с высокими показателями по этой шкале могут проявлять трудности в адаптации к изменениям и склонны к фиксации на прежних способах поведения. В

исследуемых группах показатели ригидности также были схожими - МВД России ($54,5 \pm 11,7$), Росгвардия ($56,8 \pm 16,9$) и МЧС России ($54,3 \pm 17,6$)

Социальная интровертированность у сотрудников МВД России и сотрудников МЧС России была значительно ($p < 0,001$) ниже, в отличие от сотрудников Росгвардии. Шкала социальной интровертированности оценивает степень склонности индивида к избеганию социальных контактов, уединению и замкнутости. Люди с высокими показателями по этой шкале, как правило, предпочитают одиночество, чувствуют себя некомфортно в социальных ситуациях, избегают активного взаимодействия с другими людьми и могут испытывать трудности в установлении и поддержании социальных контактов. Высокие баллы по шкале социальной интровертированности могут свидетельствовать о склонности избегать общения и большого количества социальных взаимодействий, предпочитать проводить время в одиночестве или в узком кругу знакомых людей, ощущать тревогу или дискомфорт в новых социальных ситуациях, а также о замкнутости и трудностях в выражении своих эмоций и чувств при общении с окружающими. Низкие баллы по шкале, напротив, указывают на экстраверсию — люди с такими результатами легко устанавливают контакт с другими, получают удовольствие от социальных взаимодействий и стремятся быть частью коллективной деятельности. В исследуемых группах показатели социальной интровертированности следующие: сотрудники МВД России – $54,5 \pm 14,4$, военнослужащие Росгвардии – $68,9 \pm 9,7$, сотрудники МЧС России – $55,5 \pm 11,7$. Эти данные указывают на то, что военнослужащие Росгвардии демонстрируют значительно более выраженные признаки социальной интровертированности по сравнению с представителями других групп, что может свидетельствовать о более выраженной склонности к изоляции и замкнутости в этой группе.

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, 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 (табл. 3).

Невротический сверхконтроль значимо выше у сотрудников МВД России по сравнению с другими группами. Пессимистичность и эмоциональная лабильность также значимо выше у сотрудников МВД России, указывая на более выраженное негативное восприятие и эмоциональную нестабильность в этой группе. Импульсивность и мужественность выражены значимо выше у сотрудников Росгвардии, что может отражать более активное и решительное поведение этой категории персонала. Социальная интровертированность значимо выше у сотрудников Росгвардии, что может свидетельствовать о более замкнутом поведении и нежелании вступать в социальные взаимодействия.

Отсутствие значимых различий по шкалам тревожности и индивидуалистичности говорит о схожести этих аспектов психологического профиля среди исследуемых групп. В целом, данные подчеркивают различия в психологическом профиле сотрудников трёх служб, что может быть связано с особенностями их профессиональной деятельности и условиями службы. Эти данные могут быть полезны для разработки целевых программ психологической поддержки и коррекции для каждой из групп, учитывая их специфические потребности и риски.

Таблица 3

Личностный профиль СМИЛ у трех групп комбатантов, T- баллы, M±m

Шкалы СМИЛ	МВД России n=75		Росгвардия n=78		МЧС России n=69		*U	*p	**U	**p	***U	***p
	M	m	M	m	M	m						
L	47,2	14,1	44,2	9,2	45,3	13,3	243,0	0,428	224,0	0,231	174,0	0,035
F	47,5	12,2	49,3	8,2	50,1	19,2	234,5	0,489	233,5	0,427	218,5	0,417
K	53,5	8,2	51,4	16,1	51,4	16,1	216,5	0,416	258,5	0,417	211,5	0,423
Невротический сверхконтроль	58,8	14,5	53,9	9,1	51,9	7,9	2967,5	0,005	3290,0	0,005	184,5	0,043
Пессимистичность	55,9	14,2	60,2	10,0	64,2	14,8	1513,0	0,005	2181,5	0,001	2267,0	0,001
Эмоциональная лабильность	58,8	15,9	53,9	10,9	51,9	9,5	3288,0	0,005	2933,0	0,005	207,0	0,311
Импульсивность	61,7	12,9	65,3	11,1	61,3	11,2	2478,0	0,005	245,0	0,261	2834,0	0,005
Мужественность	43,7	14,2	64,5	14,7	48,6	14,3	2775,5	0,001	2045,5	0,005	2387,0	0,001
Ригидность	54,5	11,7	56,8	16,9	54,3	17,6	513,0	0,134	823,5	0,144	682,5	0,123
Тревожность	63,3	13,1	62,8	12,1	61,1	11,9	532,0	0,328	312,5	0,142	262,5	0,172
Индивидуалистичность	52,7	13,4	53,5	14,3	54,1	11,5	961,0	0,131	809,0	0,037	899,0	0,074
Оптимистичность	45,1	10,8	41,5	12,3	46,7	11,7	2117,5	0,005	2712,5	0,433	2328,5	0,005
Социальная интровертированность	54,5	14,4	68,9	9,7	55,5	11,7	2020,0	0,001	1190,5	0,092	2667,5	0,001

Примечание: p рассчитывалось с помощью U критерия Манна-Уитни, причем * p 1 – сравнение осуществлялось между МВД России и Росгвардией, ** p 2 – между МВД России и МЧС России, *** p 3 – между Росгвардией и МЧС России, критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,001$, $p \leq 0,005$

3.3. Копинг-стратегии совладания со стрессом у комбатантов трех групп с различным профилем профессиональной деятельности

Согласно результатам методики «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса, у сотрудников МВД России показатели «принятие ответственности» и «бегство-избегание» 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 (табл. 4).

У военнослужащих Росгвардии шкала «конфронтация» 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», «самоконтроль», «поиск социальной поддержки», «принятие ответственности» в группе обследованных военнослужащих Росгвардии результаты говорили о напряженности адаптации, они были склонны к усиленному контролю поведения, самообвинению, изоляции от окружающих. В группе сотрудников МЧС России отмечен средний уровень выраженности копинга по шкалам «дистанцирование», «самоконтроль», что говорит об обособленности от окружающих, усиленном контроле поведения. Остальные шкалы теста в этой группе свидетельствовали об адаптивном варианте копинга.

Конфронтация была значимо выше у военнослужащих Росгвардии по сравнению с сотрудниками МВД России и МЧС России, это может свидетельствовать о том, что сотрудники Росгвардии чаще прибегают к прямому столкновению с проблемой. Шкала дистанцирование так же была значимо выше у военнослужащих Росгвардии, указывая на стратегию снижения эмоционального вовлечения в проблему. Самоконтроль был наиболее усилен у представителей Росгвардии, что может говорить о высоком уровне умения контролировать свои реакции и эмоции в сложных ситуациях. Поиск социальной поддержки, который был существенно более выражен у военнослужащих Росгвардии, в отличие от комбатантов МВД России и МЧС России, что подчеркивает важность социального взаимодействия и поддержки для этой группы.

Таблица 4

Копинг-стратегии методики Р. Лазаруса у комбатантов трех групп, М+ m, баллы

Шкалы	МВД России n=75		Росгвардия n=78		МЧС России n=69		*U	*p	**U	**p	***U	***p
	М	m	М	m	М	m						
Конфронтация	6,6	1,1	13,4	2,2	6,8	4,1	3927,5	0,001	224,0	0,151	2467,5	0,005
Дистанцирование	8,2	1,6	12,1	3,4	8,0	2,1	2327,5	0,005	211,0	0,092	2733,5	0,005
Самоконтроль	6,5	1,9	10,7	1,1	8,6	1,7	2871,5	0,005	3967,5	0,001	4511,5	0,001
Поиск социальной поддержки	6,3	1,6	8,9	2,4	6,6	1,1	2479,5	0,005	356,0	0,112	2865,5	0,005
Принятие ответственности	7,1	1,2	7,9	2,8	6,9	1,9	289,0	0,131	233,0	0,122	214,0	0,093
Бегство-избегание	7,1	2,3	6,9	1,9	6,8	1,2	245,3	0,067	371,0	0,118	345,0	0,087
Планирование решения проблемы	6,7	1,1	6,6	1,6	6,2	1,9	362,0	0,112	214,0	0,116	228,0	0,123
Положительная переоценка	5,2	1,1	5,3	5,1	5,8	1,2	217,0	0,092	341,0	0,113	389,0	0,095

Примечание: р рассчитывалось с помощью U критерия Манна-Уитни, причем * р 1 – сравнение осуществлялось между МВД России и Росгвардией, ** р 2 – между МВД России и МЧС России, *** р 3 – между Росгвардией и МЧС России, критический уровень статистической значимости в случае попарного сравнения составил $p \leq 0,001$, $p \leq 0,005$

По шкалам, таким как принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка, значимых различий между группами не выявлено. Это свидетельствует о схожем уровне использования этих стратегий среди всех трех групп.

Таким образом, данные свидетельствуют о том, что сотрудники Росгвардии в большей степени используют активные и социально-ориентированные копинг-стратегии, что может быть обусловлено спецификой их профессиональной деятельности, предполагающей более высокие риски и стрессовые ситуации. Это подчеркивает необходимость учета профессиональной специфики при разработке программ психологической поддержки и обучения копинг-стратегиям.

3.4. Когнитивные особенности в условиях ограниченного времени у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности

Согласно результатам тестов Монреальская когнитивная шкала и теста КОТ значимых различий между группами комбатантов МВД России, МЧС России и Росгвардии, выявлено не было, результаты методик были в пределах референтных значений.

Для выявления возможных нарушений когнитивных функций у комбатантов нами использована Монреальская когнитивная шкала, так как часто в период участия в боевых действиях они подвергались физическому воздействию при бомбардировках, массированных обстрелах и взрывах, однако официально черепно-мозговых травм ни у кого из них зафиксировано не было.

На основе анализа данных теста Монреальская когнитивная шкала были рассчитаны средние значения и стандартные отклонения по каждой из шкал для трех групп: МВД России, МЧС России и Росгвардии (табл. 5).

Таблица 5

**Когнитивные функции у трех групп комбатантов по результатам Монреальской когнитивной шкалы
(Montreal Cognitive Assessment), баллы, М±m**

Шкалы	Группы						*U	*p	**U	**p	***U	***p
	МВД России n=75		Росгвардия n=78		МЧС России n=69							
	М	m	М	m	М	m						
Зрительно-конструктивные навыки	4,9	0,4	4,9	0,3	4,9	0,35	286,1	0,132	233,0	0,126	212,0	0,083
Синтез, анализ	3,1	0,1	3,0	0,1	3,1	0,1	292,1	0,124	221,0	0,256	236,1	0,165
Внимание	5,3	0,5	5,3	0,4	5,3	0,5	198,3	0,173	261,1	0,127	232,1	0,221
Речь	1,9	0,3	1,9	0,3	1,9	0,3	123,6	0,247	231,2	0,131	236,4	0,243
Беглость речи	0,9	0,1	0,9	0,1	0,9	0,1	286,1	0,156	270,0	0,127	269,0	0,083
Абстракция	1,9	0,3	1,9	0,3	1,8	0,3	292,1	0,154	221,0	0,149	239,1	0,188
Отсроченное воспроизведение	3,7	0,6	3,6	0,6	3,5	0,5	198,3	0,138	261,1	0,167	256,1	0,239
Ориентация	5,9	0,1	5,9	0,1	5,9	0,1	123,6	0,297	239,2	0,252	229,4	0,267
Общий балл	28,7	0,6	28,8	0,4	28,7	0,6	198,3	0,131	261,1	0,165	284,1	0,291

Примечание: * p – сравнение осуществлялось между МВД России и МЧС России, ** p – между МВД России и Росгвардией, *** p – между МЧС России и Росгвардией

Анализ данных показал следующее: по шкалам зрительно-конструктивные навыки, речь, беглость речи, абстракция, отсроченное воспроизведение, ориентация – показатели практически идентичны во всех трех группах, что указывает на схожий уровень данных когнитивных функций среди сотрудников МВД России, МЧС России и военнослужащих Росгвардии. Небольшое отличие в средних значениях между группами сотрудников МВД России и военнослужащих Росгвардии и сотрудников МЧС России, однако различие незначительно и не оказывает существенного влияния на общую картину. Группа МЧС России показывает немного более высокий средний балл по сравнению с сотрудниками МВД России и военнослужащими Росгвардии, но различие незначительно.

Все три группы демонстрируют схожие высокие общие баллы, что свидетельствует об общем хорошем уровне когнитивных функций: зрительно-конструкторские навыки, внимание, речь, абстракция и ориентация. Стандартные отклонения в этих шкалах также схожи, что говорит о сравнимом уровне разнообразия в когнитивных функциях внутри каждой группы. Незначительные различия между группами наблюдаются в шкалах синтеза анализа и отсроченного воспроизведения, однако эти различия не являются статистически значимыми. Когнитивные способности участников из групп сотрудников МВД России, МЧС России и военнослужащих Росгвардии не имеют существенных различий, что говорит о требованиях к уровню когнитивных функций в этих профессиональных сферах.

Далее нами на основе анализа данных КОТ были рассчитаны средние значения и стандартные отклонения по шкалам для трех групп комбатантов, по всем шкалам теста значимых межгрупповых различий выявлено не было (табл. 6). Поскольку оперативность реагирования и гибкость мыслительных процессов важна для адаптации к быстро меняющимся условиям боевых действий, отсутствие значимых различий между сотрудниками МВД России, Росгвардии, МЧС России могут указывать на аналогичный уровень тренировки и опыта в чрезвычайных условиях. Способность к обобщению и анализу информации является ключевым навыком для принятия решений в боевых условиях.

Таблица 6

**Особенности интеллекта и мыслительной деятельности у комбатантов,
краткий отборочный тест, М, в баллах**

Шкалы	Группы						*U	*p	**U	**p	***U	***p
	МВД России n=75		Росгвардия n=78		МЧС России n=69							
	М	m	М	m	М	m						
Интегральный показатель	23,0	4,9	21,8	4,7	22,2	5,8	286,1	0,134	271,0	0,231	245,1	0,139
Способность к анализу и обобщению информации	5,3	1,4	4,9	2,3	4,7	2,3	168,2	0,188	251,1	0,156	251,1	0,286
Пространственное мышление	5,2	1,1	4,9	1,7	4,8	1,6	128,1	0,298	271,2	0,164	239,4	0,253
Устойчивость мыслительной деятельности	4,8	1,2	4,8	1,4	4,3	1,1	236,4	0,145	268,0	0,136	212,7	0,082
Гибкость мыслительных процессов	4,3	1,4	4,1	1,4	3,9	1,12	222,8	0,189	234,0	0,184	232,7	0,193
Внимание	4,3	1,5	3,4	1,9	3,4	1,7	179,1	0,145	253,1	0,181	241,2	0,226

Примечание: * p – сравнение осуществлялось между МВД России и МЧС России, ** p – между МВД России и Росгвардией, *** p – между МЧС России и Росгвардией

Результаты могут указывать на то, что опыт участия в боевых действиях влияет на развитие и поддержание определенных когнитивных способностей. Различия в показателях могут быть связаны с разнообразием задач, выполняемых во время боевых действий, что требует различных навыков и способностей. Выявленные различия в когнитивных функциях могут также отражать влияние психологической адаптации к послебоевому периоду и различия в стрессоустойчивости. Эти выводы важны для понимания того, как военный опыт влияет на когнитивные функции, и могут быть полезны при разработке программ реабилитации и адаптации для ветеранов.

3.5. Результаты лабораторных исследований у комбатантов трех групп с различным профилем профессиональной деятельности

При выявлении прямых и косвенных признаков хронической алкогольной интоксикации получены следующие результаты. 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 в биологической жидкости было значимо 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 (табл. 7).

Таблица 7

Результаты лабораторных исследований у комбатантов трех групп

Шкалы	МВД России n=71		Росгвардия n=70		МЧС России n= 68		χ^2	p*	p**	p***
	М	m	М	m	М	m				
Результаты предварительных химико-токсикологических исследований										
Этилглюкуронид (нг/мл)	134,2	19,8	348,4	23,6	133,9	21,8		0,001	0,098	0,001
Бензодиазепины (нг/мл)	10,1	0,9	10,4	0,8	10,6	0,9		0,097	0,098	0,093
Биохимические показатели в анализе крови										
АЛТ (ед/л)	36,5	2,5	44,1	2,1	35,9	3,1		0,005	0,098	0,005
АСТ (ед/л)	35,4	2,3	40,8	1,1	34,9	2,3		0,051	0,974	0,005
Билирубин общий (ммоль/л)	8,9	2,1	9,2	2,5	8,6	2,3		0,091	0,097	0,091
ГГТП(ед/л)	31,4	2,7	42,3	3,1	32,8	1,9		0,005	0,098	0,001
КГТ (%)	1,0	-	1,6	-	0,9	-		0,051	0,095	0,005

Средние значения активности АЛТ, АСТ и содержания общего билирубина в биохимическом анализе крови соответствовали норме, при этом имелись значимые 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 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.

Среди военнослужащих Росгвардии наблюдаются более выраженные признаки употребления алкоголя по сравнению с сотрудниками МВД России и МЧС России. Повышенные уровни этилглюкуронида, ГГТП, а также приближение уровня КДТ к клиническим порогам свидетельствуют о необходимости дополнительного контроля и наблюдения за состоянием этих военнослужащих, а также внедрения профилактических мероприятий для снижения риска развития хронической алкогольной интоксикации.

3.6. Способ оценки показаний к медико-психологической реабилитации комбатантов

Для разработки модели прогноза формирования ПТСР у комбатантов мы использовали результаты применяемых психологических методик по всей выборке респондентов, с учетом профиля их профессиональной деятельности (табл. 8).

Независимые прогностические признаки развития ПТСР у комбатантов

Шкалы СМИЛ	ОШ ¹	95%ДИ
Росгвардия	0,957	0,935–0,982
Социальная интравертированность	0,932	0,913–0,951
Дистанцирование (копинг-стратегии Лазаруса)	1,079	1,052–1,112
Импульсивность (СМИЛ)	1,011	0,979–1,029
Конфронтация (копинг-стратегии Лазаруса)	1,001	0,976–1,021
Ригидность (СМИЛ)	1,022	1,002–1,037
Тревожность (СМИЛ)	0,976	0,939–1,003
Невротический сверхконтроль	1,031	1,012–1,053
Наличие этилглюкуронида в предварительном ХТИ	1,081	1,055–1,101
Поиск социальной поддержки (копинг-стратегии Лазаруса)	0,881	0,859–0,901

Примечание:¹ – отношение шансов, при множественном логистическом регрессионном анализе

Для создания модели прогноза риска возникновения ПТСР мы использовали метод форсированного ввода переменных. Модель была статистически значима при $\chi^2=533,8$ ($p<0,001$); $-2 LL=321,4$; Нэйджелкерке $R^2=0,786$.

Если комбатант нес службу в Росгвардии, риск формирования ПТСР увеличивался в 1,04 раза; при высоких показателях социальной интравертированности в 1,07 раза; «дистанцирования» в 1,01 раза; «импульсивности» в 1,1 раза, что говорит о высоком риске формирования ПТСР у комбатантов, несущих службу на передовой линии, социально-интравертированных, со склонностью отстраняться от окружающих, и имеющих в поведении импульсивные поступки под влиянием эмоционального стресса (табл. 9).

Регрессионные коэффициенты для независимых прогностических признаков развития ТАПР

Шкалы СМИЛ	Код	B ¹	Значение статистики Вальда	р-уровень
Росгвардия	X1	-0,041	10,9	0,001
Социальная интравертированность	X2	-0,068	33,4	<0,001
Дистанцирование (копинг-стратегии Лазаруса)	X3	0,079	26,8	<0,001
Импульсивность (СМИЛ)	X4	0,012	0,79	0,333
Конфронтация (копинг-стратегии Лазаруса)	X5	0,005	0,47	0,424
Ригидность (СМИЛ)	X6	0,024	8,21	0,003
Тревожность (СМИЛ)	X7	-0,016	1,91	0,188
Невротический сверхконтроль	X8	0,035	9,66	0,003
Наличие этилглюкуронида в предварительном ХТИ	X9	0,071	70,1	<0,001
Поиск социальной поддержки (копинг-стратегии Лазаруса)	X0	-1,122	83,3	<0,001
Константа		1,645		

Примечание: ¹ – коэффициент регрессионной модели

Модель прогноза формирования ПТСР у комбатантов, с учетом профиля их профессиональной деятельности:

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

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

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%.

Таким образом, с учетом особенностей выполнения служебно-боевых задач в особых условиях, военнослужащие, принимавшие участие непосредственно в боевых операциях, в отличие от лиц, которые подвергались угрозе жизни не на первой линии боевых действий, имеют высокий риск формирования ПТСР, страдают субклиническими тревожно-депрессивными расстройствами, имеют дезадаптивный уровень копинг-стратегий, вследствие чего для изменения своего психического состояния прибегают к частому употреблению алкоголя или успокаивающих средств.

3.7. Взаимосвязь личностных, когнитивных, функциональных и эмоциональных особенностей с риском формирования ПТСР

Корреляционный анализ был проведен всей выборке респондентов. Группирующей переменной для проведения анализа, являлись результаты предварительного химико-токсикологического исследования (ХТИ) с наличием положительного теста на наличие в биологической жидкости этилглюкуронида – биологического маркера употребления алкоголя.

Было выявлено наличие значимой положительной взаимосвязи между наличием биологического маркера 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 говорит о том, что при употреблении алкоголя возрастает риск формирования ПТСР с выраженной тревожной симптоматикой, а способом совладания со стрессом является дистанцирование от окружающих. При этом наличие социальной поддержки,

является фактором, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

С использованием анализа ранговой корреляции Спирмена, нами рассчитаны взаимосвязи между риска формирования посттравматического стрессового расстройства у комбатантов с психологическими характеристиками и данными клинического лабораторного исследования расстройства во всех исследованных группах респондентов (рис. 6).

В связи с тем, что по результатам тестовых методик практически не выявлено существенных различий, определение взаимосвязей между исследованными параметрами и выявление факторов, способствующих формированию ПТСР у участников боевых действий, проводилось по всей выборке респондентов.

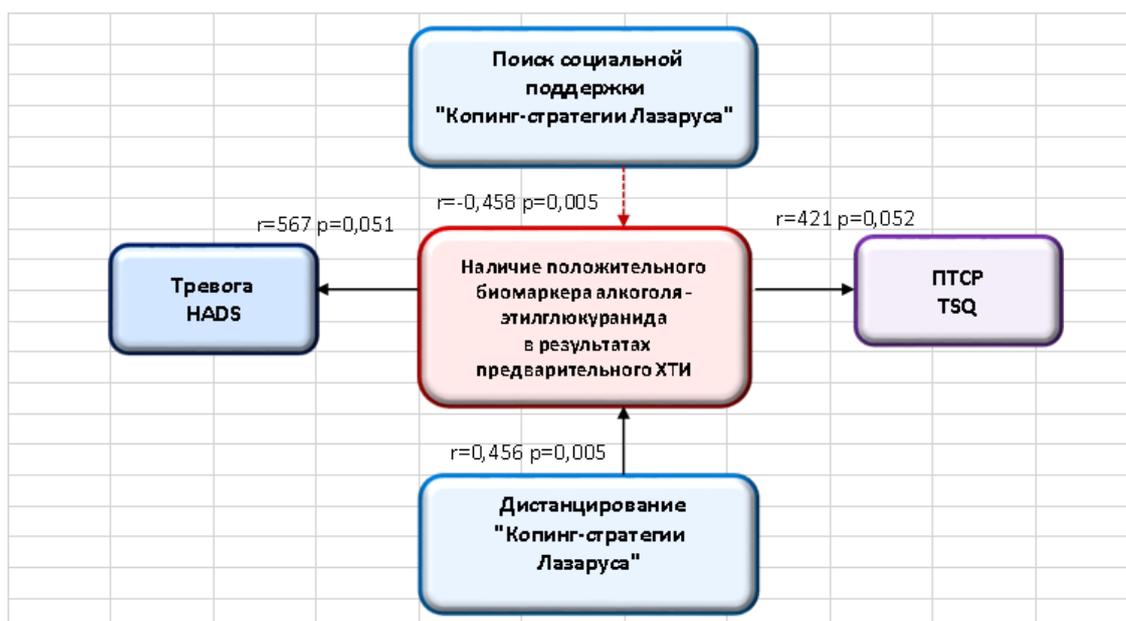


Рисунок 6. Корреляционная плеяда между наличием положительного биомаркера алкоголя-этилглюкуронида в результатах предварительных ХТИ

Примечание: r – модуль коэффициента корреляции; критический уровень статистической значимости коэффициента корреляции при $p \leq 0,05$

Было выявлено наличие значимой положительной взаимосвязи 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 говорит о том, что при употреблении алкоголя возрастает риск формирования ПТСР с выраженной тревожной симптоматикой, а способом совладания со стрессом является дистанцирование от окружающих. При этом наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

3.8. Факторы, способствующие формированию стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов

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 (табл. 10).

F1 (36,0%, $r=8,31$) определен 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 по результатам скрининга субклинической депрессии и тревоги, на фоне низких показателей копинг-стратегии «самоконтроль», риск формирования ПТСР, в том числе с тенденцией к агрессивным действиям, крайне велик.

Факторный анализ методом главных компонент с применением процедуры вращения нормимакс с нормализацией Крайзлера

Шкалы тестовых методик	Факторы*		
	F ₁	F ₂	F ₃
Тревога (Hospital Anxiety and Depression Scale)	0,91		0,80
Депрессия (Hospital Anxiety and Depression Scale)	0,83	0,81	
Конфронтация («Копинг-стратегии» Р. Лазаруса)			0,71
Дистанцирование («Копинг-стратегии» Р. Лазаруса)		0,61	
Поиск социальной поддержки («Копинг-стратегии» Р. Лазаруса)		- 0,68	
Бегство-избегание («Копинг-стратегии» Р. Лазаруса)			0,51
Самоконтроль («Копинг-стратегии» Р. Лазаруса)	-0,66		
Компонент собственного значения	8,31	5,23	2,91
Дисперсия	36,0	23,0	9,6

Примечание: *- учет факторных нагрузок составил 0,5 и более

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 по результатам скрининга в сочетании с копинг-стратегией «дистрацирование и отсутствии 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 по возвращении у них симптоматики, отражающей: «субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения», «депрессивно-изоляционный», «тревожно-дискоммуникативный» типы поведенческих защитных реакций. Факторами риска формирования посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий является наличие «субклинического тревожно-депрессивного состояния со снижением контроля поведения», «депрессивно-изоляционный» и «тревожно-дискоммуникативный» тип реагирования на стресс и употребление алкоголя.

Глава IV. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КОМБАТАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ ПРОФИЛЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Для разработки организационной модели медико-психологической реабилитации комбатантов с учетом их профессиональной деятельности необходимо учесть ключевые аспекты.

Различия в профилях профессиональной деятельности (например, сотрудники МВД России, Росгвардии, и МЧС России) требуют индивидуализации программ реабилитации. Например, сотрудники Росгвардии, сталкивающиеся с более высоким уровнем боевых действий, могут нуждаться в интенсивной терапии для того, чтобы справиться с ПТСР, тогда как сотрудники МЧС России, возможно, столкнутся с другими видами стресса, связанными со спасательными операциями.

Необходимо обеспечить тесное взаимодействие медицинских и психологических служб для обеспечения всесторонней поддержки. Включение психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников поможет адресовать как физические, так и психоэмоциональные аспекты здоровья.

Применение эффективных методов лечения, таких как когнитивно-поведенческая терапия для ПТСР, арт-терапия для выражения и обработки травм, и фармакотерапия согласно клиническим рекомендациям.

Подготовка специалистов, работающих с комбатантами, должна включать специализированные курсы по психотравматологии и посттравматическому стрессу, а также методы раннего выявления и предотвращения развития психических расстройств.

Регулярное проведение оценок состояния комбатантов для своевременной корректировки реабилитационных программ и мероприятий. Использование

анкет, интервью и психометрических тестов поможет отслеживать прогресс и адаптировать подходы в зависимости от потребностей комбатантов.

Сотрудничество между различными ведомствами и организациями для обеспечения комплексной поддержки. Это может включать обмен информацией, совместное планирование и реализацию программ, а также использование ресурсов различных служб для максимального охвата нуждающихся.

4.1. Дифференциация показаний к проведению медико-психологической реабилитации комбатантам

С учетом особенностей выявленной симптоматики нами предложена дифференциация показаний к проведению медико-психологической реабилитации комбатантов с донозологическими психическими расстройствами, вне зависимости от ведомственной принадлежности (рис.7).

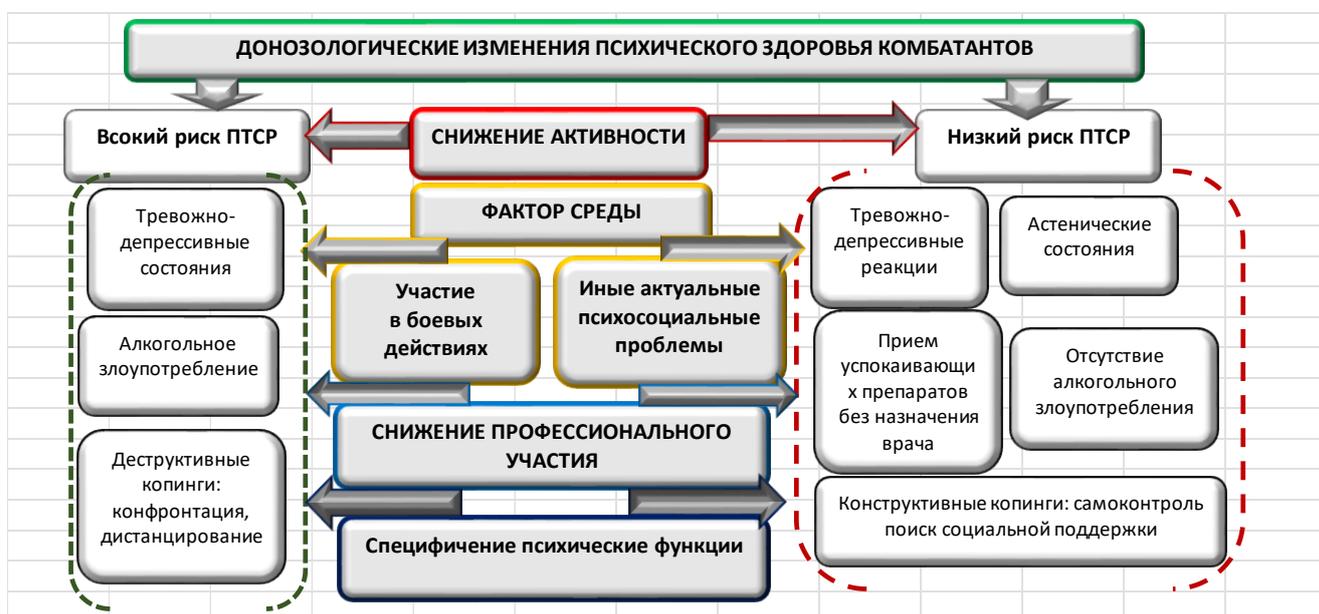


Рисунок 7. Дифференциация показаний к проведению медико-психологической реабилитации комбатантов с донозологическими психическими расстройствами, вне зависимости от ведомственной принадлежности

4.2. Организация медико-психологической реабилитации комбатантам в условиях ведомственных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь

С учетом того, что сотрудники МВД России, военнослужащие Росгвардии и сотрудники МЧС России прикреплены на медицинское обслуживание к медицинским организациям системы МВД России, целесообразно рассмотреть вопрос о разработке комплексных психопрофилактических мер формирования стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов с максимальным приближением организационной модели медико-психологической помощи в медицинских организациях системы МВД России.

Согласно приказу Минздрава России от 14 октября 2022 г. № 668н, утверждающему Порядок оказания психиатрической помощи, с 1 июля 2023 года предусмотрено создание подразделений по охране психического здоровья на базе общесоматических учреждений здравоохранения. Для этого необходимо активно включить в работу учреждения первичного амбулаторного звена, оказывающие первичную специализированную медико-санитарную помощь подведомственные МВД России. Важно использовать потенциал междисциплинарного подхода при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий сотрудникам со стресс-ассоциированными расстройствами как нозологически сформированными, так и с донозологическими проявлениями.

Должности врачей-психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов могут быть широко включены в штатные расписания учреждений общемедицинской сети. Важно организовать деятельность кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи (рис. 8).

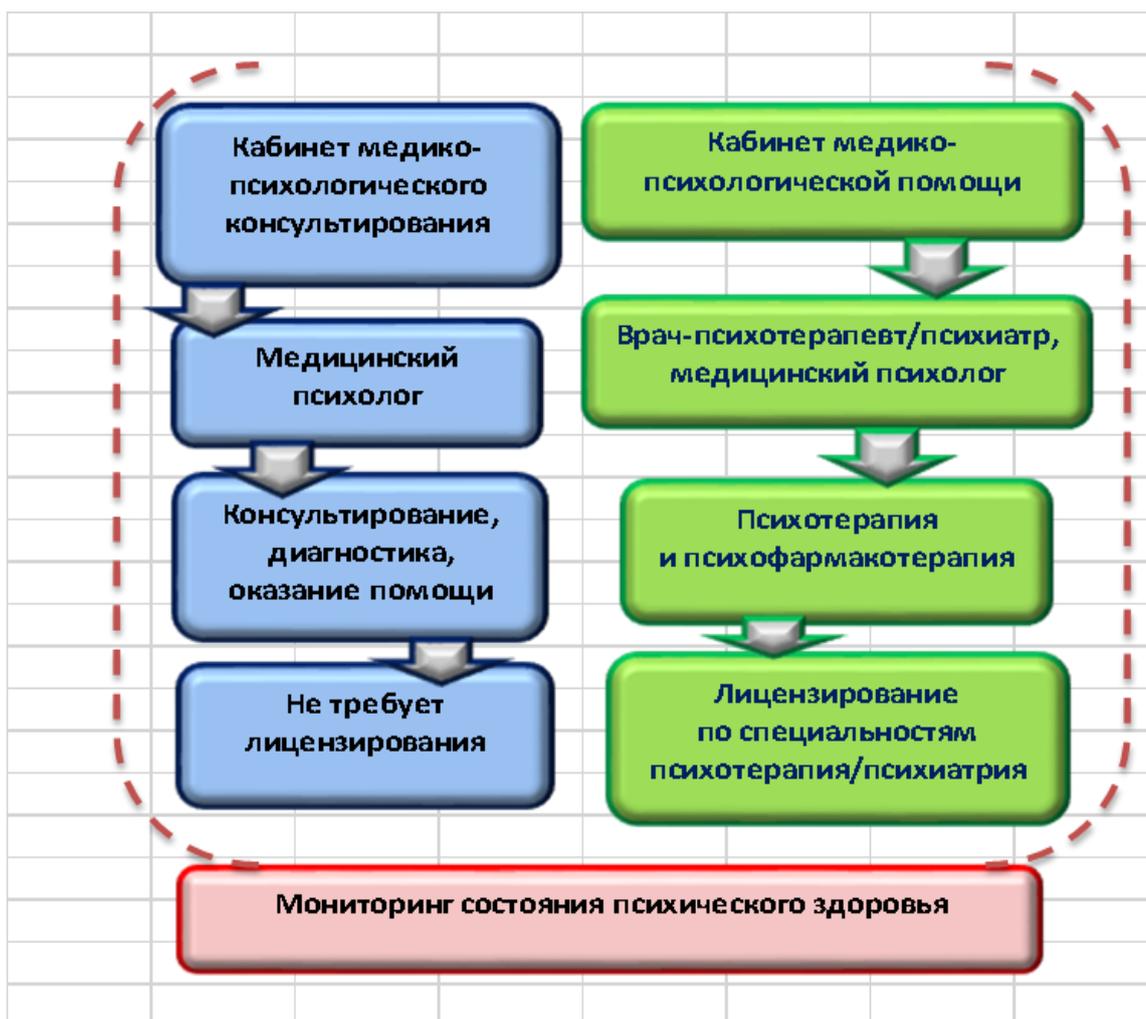


Рисунок 8. Направления организации медико-психологической помощи комбатантам

Кабинеты медико-психологического консультирования укомплектовываются медицинскими психологами и осуществляют деятельность, в функции которой входит клинико-психологическое консультирование, психологическая диагностика, участие в оказании помощи лицам с расстройствами. Открытие таких кабинетов не требует лицензирования.

Кабинеты медико-психологической помощи создаются в медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи лицам, страдающими психическими расстройствами. В штат кабинета медико-психологической помощи входят врач-психотерапевт или врач-психиатр, медицинский психолог, медицинская сестра. В этом случае потребуется лицензия на осуществление медицинской деятельности,

предусматривающая выполнение работ по специальностям «психотерапия» или «психиатрия».

Дестигматизированные условия оказания медицинской помощи могут в значительной степени повысить своевременную обращаемость пациентов, нуждающихся в психологической или психотерапевтической помощи (рис. 9).



Рисунок 9. Система организации медицинской реабилитации сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации ФКУЗ

Алгоритм включает проведение системного мониторинга психического здоровья сотрудников с осмотром у врача психиатра по истечению трех, шести и двенадцати месяцев после возвращения сотрудников из командировки, что позволяет своевременно выявлять возникшие отдаленные последствия боевой психической травматизации (рис. 10).



Рисунок 10. Организационная модель оказания медико-психологической реабилитации комбатантам с различным профилем профессиональной деятельности

Показания к медико-психологической реабилитации комбатантов с донозологическими психическими расстройствами должны учитывать основные параметры нарушения функционирования личности: изменения здоровья, активность, профессиональное участие и факторы среды. Вне зависимости от ведомственной принадлежности при составлении индивидуальной программы медико-психологической реабилитации необходимо учитывать риск формирования ПТСР, выраженность донозологической тревоги и депрессии, наличие деструктивных копинг-стратегий, алкогольное злоупотребление и иные психосоциальные обстоятельства в жизни комбатанта, повышающие риск дезадаптации после командировки, не связанной с участием в боевых действиях. Необходимо установление функционального реабилитационного диагноза на основе специфических психических функций Международной классификации функционирования, деятельности и здоровья (МКФ), предлагающей комплексный взгляд на влияние состояния на функциональность личности в различных аспектах жизни (приложение А).

Таким образом, разработанная на основании исследования 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 мониторинга 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящем исследовании мы выявляли клинические особенности стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов с различным профилем профессиональной деятельности для создания организационной модели проведения им МПР, так как исполнение оперативно-служебных и боевых задач военнослужащими и сотрудниками силовых структур в СВО приобретает в настоящее время особое значение в связи с масштабом и интенсивностью боевых действий. Согласно ведущим российским ученым в области военной психиатрии, Шамрея В.К., Курасова Е.С., Соловьева А.Г., участие в СВО является мощным стрессовым фактором, оказывающим интенсивное психологическое давление на личный состав силовых ведомств Российской Федерации.

Мы предполагали, что комбатанты различных силовых ведомств России: МВД России, Росгвардии и МЧС России в зоне боевых действий, выполняют различные функции для обеспечения национальной безопасности и защиты общественного порядка, при этом угроза жизни и здоровью есть у всех участников боевых действий вне зависимости от характера исполняемых задач и близости к непосредственной линии фронта. Донозологические стресс-ассоциированные психические расстройства у комбатантов, характеризуются не только высоким риском формирования ПТСР.

При определении клинических особенностей стресс-ассоциированных психических расстройств у участников боевых действий, после исполнения боевых задач в особых условиях, было установлено, что психические расстройства формируются у комбатантов в 5,9% случаев, а донозологические расстройства психического здоровья в форме невротических, астенических, поведенческих реакций наблюдаются у 74,7%. Симптомы психического неблагополучия отсутствуют у 19,4% комбатантов.

Сотрудники МВД России в рамках участия в СВО занимаются обеспечением общественной безопасности, осуществляют оперативно-

розыскную и контрразведывательную деятельность, направленную на нейтрализацию преступников, предотвращение диверсий и террористических актов, защиту ключевых объектов и обеспечение безопасности населения (Соловьев А.Г., 2018, Злоказова М.В., 2019). Бойцы отдельных специальных подразделений Росгвардии занимаются обеспечением правопорядка, пресекают попытки незаконного вооруженного сопротивления, охраняют государственные и военные объекты, участвуют в спецоперациях по ликвидации группировок террористов и бандитов, непосредственно участвуют в боевых действиях на первой линии фронта (Рассоха А.А., 2021, Барачевский Ю.Е., 2022, Ичитовкина Е.Г., 2022). При этом, нами установлено, что у сотрудников МВД России в клинической картине значимо чаще выявляются расстройства адаптации, у 66,7% комбатантов донозологическое состояние стресса, в клинике преобладает нервозность, беспокойство и возбуждение, у 28% сотрудников психических нарушений не выявлено.

Клиническая структура психических расстройств, связанных с боевым стрессом у сотрудников Росгвардии, полиморфна и представлена как нозологически сформированными психическими расстройствами, так и донозологическими невротическими состояниями, требующими оказания медицинской помощи и проведения реабилитационных мероприятий. Были выявлены существенные различия между группами исследованных комбатантов, у военнослужащих Росгвардии значительно чаще в 7,7% случаев зарегистрированы клинически сформированные ПТСР (F 43.1), РА в 2,6% случаев, а донозологические психические расстройства выявляются у 88,4% комбатантов Росгвардии и характеризуются общим состоянием стресса с нервозностью, беспокойством и возбуждением, состоянием тревоги, раздражительностью и озлоблением, враждебностью физической агрессивностью, только у 1,4% военнослужащих Росгвардии не выявлено расстройств психического здоровья.

Сотрудники МЧС России занимаются ликвидацией чрезвычайных ситуаций и спасательными операциями: пожарные и спасатели осуществляют

тушение пожаров, ликвидацию аварий и последствий взрывов, вывод из опасности людей, уничтожение взрывоопасных объектов, спасение людей из разрушенных зданий, создание условий для эвакуации населения и спасения, пострадавших в зоне СВО (Шойгу Ю.С., 2022).

У сотрудников МЧС России расстройства адаптации, после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, выявлены у 1,4% участников боевых действий, донозологические нарушения с состоянием тревоги определяются у 68,2%, не имеют расстройств психического здоровья – 30,4% комбатантов, что значимо чаще, чем у сотрудников МВД России и военнослужащих Росгвардии.

В рамках настоящего исследования мы определяли факторы, способствующие формированию ПТСР у участников боевых действий, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и выявили, что субклиническое тревожно-депрессивное состояние со снижением контроля поведения, «социальная изоляция с отказом от поддержки окружения», «тревожно-конфронтационный тип совладающего поведения» являются факторами, способствующими формированию ПТСР у комбатантов.

Мы установили наличие значимой положительной взаимосвязи между этилглюкуронидом, риском формирования ПТСР, тревогой и копинг-стратегией «дистанцирование» и отрицательной взаимосвязи с копинг-стратегией «поиск социальной поддержки», что говорит о том, что при алкогольном злоупотреблении возрастает риск формирования ПТСР с выраженной тревожной симптоматикой, а способом совладания со стрессом является дистанцирование от окружающих. При этом наличие социальной поддержки является аспектом, снижающим риск чрезмерной алкоголизации и формирования психопатологических нарушений.

Согласно данным Шпорт С.В. (2023), последствия боевого стресса в форме стресс-ассоциированных психических расстройств и нарушений поведения встречаются более чем у 30% участников СВО, а данных о распространённости донозологических нарушений психического здоровья у

участников боевых действий в изученной научной литературе не описано. Мы полагаем, что для профилактики формирования ПТСР необходимо проведение медико-психологической реабилитации комбатантам с донозологическими невротическими состояниями, после возвращения из зоны боевых действий, в условиях кабинетов медико-психологического консультирования и медико-психологической помощи в амбулаторных условиях общесоматических медицинских организаций, подведомственных МВД России.

Участие в СВО связано с исполнением особой категории задач, которые требуют оперативного решения и специальных навыков от профессионалов в области различных видов правоохранительной деятельности. Сотрудники МВД России, Росгвардии и МЧС России в зоне СВО исполняют служебно-боевые задачи с разным профилем профессиональной деятельности для устранения угрозы национальной безопасности Российской Федерации.

Приказом МВД России от 10 января 2012 г. № 5 определен перечень показаний к МПР, перечень категорий сотрудников органов внутренних дел, нуждающихся в реабилитации, а также порядок и места ее проведения. Приказом предусмотрено проведение комплексного обследования сотрудников, в течение пяти дней после возвращения из командировок, связанных с исполнением оперативно-служебных задач с опасностью для жизни и здоровья. Медицинский осмотр сотрудников органов внутренних дел, после прибытия из зоны боевых действий, осуществляется мультидисциплинарной командой, включающей: врача-терапевта, врача-психиатра и медицинских психологов, а также других специалистов, при наличии показаний. Решение о нуждаемости сотрудника в МПР принимается врачебной комиссией медицинской организации. Для проведения реабилитационных мероприятий сотруднику предоставляется отпуск по решению врачебной комиссии медицинской организации.

Однако критерии и последовательность выявления специфических психических функций определены не четко. Клиническое психопатологическое обследование проводится врачом-психиатром, включает в себя детальный медицинский анамнез, в том числе информацию о предыдущих травмах,

психических расстройствах, употреблении алкоголя и наркотиков. Оценивается наличие симптомов, указывающих на наличие психических расстройств.

При выявлении клинически сформированных психических расстройств комбатант освобождается от службы по временной нетрудоспособности и в зависимости от степени выраженности психических нарушений, проводится амбулаторное или стационарное лечение согласно клиническим рекомендациям Минздрава России.

Психологическое тестирование включает оценку психоэмоционального состояния с определением выраженности тревоги и депрессии, определение личностных особенностей, когнитивного функционирования в условиях ограниченного времени, определения копинг-стратегий совладания со стрессом.

Всем комбатантам проводятся инструментальные исследования и лабораторные исследования для выявления признаков чрезмерного употребления алкоголя и приема психотропных средств без назначения врача. Предложено проводить предварительные химико-токсикологические исследования.

После проведения комплексного обследования всем комбатантам рассчитывается риск формирования ПТСР по предложенной нами формуле прогноза. Оцениваются критерии специфических психических функций, выставляется реабилитационный диагноз, согласно которому определяются основные векторы проведения терапии. Комбатантам с высоким риском и донозологическими нарушениями психического здоровья назначается обследование врачом-психиатром в динамике, через 3, 6, 9, 12 месяцев после проведенных реабилитационных мероприятий.

Таким образом, организационная модель МПР комбатантов, включающая три этапа: диагностический, медико-психологической помощи и мониторинг состояния психического здоровья, способствует профилактике формирования стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов, повышает личностную профессиональную и функциональную надежность сотрудникам силовых структур Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Клинически сформированные психические расстройства у комбатантов после выполнения 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 значимо 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 мониторинга 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.В. Влияние мотивации на уровень боевого травматического стресса у сотрудников органов внутренних дел России, принимающих участие в специальной военной операции / А.В. Абрамов, В.А. Абрамов, Е.А. Абрамова, Е.Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. 125. – № 4 (125). – С. 30-33.
2. Биденко, Р.А. Стили совладания с боевым стрессом у офицеров подразделений специального назначения войск национальной гвардии Российской Федерации / Р.А. Биденко, Т.В. Волошина // Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – № 53-3. – С. 357-363.
3. Бобров, А.Е. Некоторые нерешенные вопросы психотерапии и организации помощи при стрессовых расстройствах / А.Е. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33. – № 4. – С. 67-75.
4. Бондарев, Н.И. К вопросу о влиянии боевых впечатлений на солдат / Н.И. Бондарев // Научная медицина. – 1919; 3:299-303.
5. Бохан, Н.А. Клиническая характеристика проявлений боевой психической патологии у комбатантов / Н.А. Бохан, О.В. Рощина, А.В. Диденко, В.Ф. Лебедева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2023. – № 3 (120). – С. 80-86.
6. Бухтияров, И.В. Формирование посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих в боевой обстановке / И.В. Бухтияров, Д.В. Глухов. Медицина труда и промышленная экология. – 2018. – № 2. – С. 10-14.
7. Васильева, А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 / А.В. Васильева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122. – № 10. – С. 72-81.

8. Васильева, А.В. Принципы оказания медицинской помощи при посттравматическом стрессовом расстройстве лицам, уволенным с военной службы, и членам их семей / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33. – № 4. – С. 55-66.

9. Вельтищев, Д.Ю. Взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства и сердечно-сосудистых заболеваний / Вельтищев Д.Ю. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2023. – Т. 33. – № 4. – С. 76-80.

10. Воловик, М.Г. Технологии виртуальной реальности в реабилитации участников боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством: обзор / М.Г. Воловик, А.Н. Белова, А.Н. Кузнецов [и др.] // Современные технологии в медицине. – 2023. – Т. 15. – № 1. – С. 74-86.

11. Воробьев, А.А. Реабилитация комбатантов: этический и медицинский подходы / А.А. Воробьев, А.Д. Доника, И.М. Горелик, Ф.А. Андрющенко // Биоэтика. – 2023. – Т. 16. – № 1. – С. 39-43.

12. Гизатуллин Т.Р. Ситуационные копинг-стратегии у сотрудников федеральной службы войск Росгвардии / Т.Р. Гизатуллин, Д.А. Мухаметова, Д.Р. Тансыккужина [и др.] // Сеченовский вестник. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 11-15.

13. Гнездилов, Г.В. Особенности психореабилитационной работы с участниками боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) / Г.В. Гнездилов, В.В. Киселев, М.Г. Гнездилова // Человеческий капитал. – 2023. – № 11-2 (179). – С. 78-89.

14. Говоров, С.А. История исследования и современное понимание концепции психической травмы / Говоров С.А., Микеладзе Л.И. // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2022. – Т. 11. – № 1-1. – С. 7-19.

15. Демкин, А.Д. Военное применение систем для удаленного физиологического и психофизиологического мониторинга в вооруженных силах иностранных государств / А.Д. Демкин, О.А. Нагибович,

В.В. Васильченко // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38. – № 3. – С. 183-186. 12.

16. Демкин, А.Д. Использование методики десенсибилизации и переработки движением глаз при медико-психологической реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств / Демкин А.Д., Дорофеев И.И., Кравченко Ю.В. // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38. – № 3. – С. 121-124.

17. Демкин, А.Д. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств / А.Д. Демкин, В.В. Иванов, В.И. Круглов // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38. – № 3. – С. 125-131.

18. Жиганова Т.А., Арсланова П.Р., Сергеева Т.А. [и др.] Метаболическая терапия стресс-индуцированных изменений при депрессии и посттравматическом стрессовом расстройстве / Т.А. Жиганова, П.Р. Арсланова, Т.А. Сергеева [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2023. – Т. 86. – № 8. – С. 3-8.

19. Жилияев, А.А. Проблема боевого стресса и реабилитации военнослужащих войск национальной гвардии российской федерации, выполняющих служебно-боевые задачи / А.А. Жилияев, Д.В. Типсин // Вестник Российского нового университета. – Серия: Человек в современном мире. – 2018. – № 1. – С. 29-38.

20. Зайцева, Н.С. Нозологическая характеристика коморбидной патологии у ветеранов боевых действий / Н.С. Зайцева, А.Д. Багмет, В.Г. Кокоев, А.В. Попов // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 151.

21. Зуйкова, А.А. Развитие психосоматической патологии после воздействия боевого стресса / А.А. Зуйкова, Т.Е. Потёмина, А.В. Перешеин, С.В. Кузнецова // Российский остеопатический журнал. – 2018. – № 3-4 (42-43). – С. 71-77.

22. Зуйкова, А.А. Стрессогенные расстройства репродуктивной сферы у участников боевых действий / А.А. Зуйкова, Т.Е. Потеемина, Л.Э. Курочицкая

[и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 3 (39). – С. 141-144.

23. Ичитовкина, Е.Г. Психическое здоровье комбатантов через месяц после исполнения оперативно-служебных задач в особых условиях / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Неврологический вестник. – 2018. – Т. 50. – № 4. – С. 92-94.

24. Казенная, Е.В. Современное состояние исследований эффективности метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (emdr) при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е.В. Казенная // Консультативная психология и психотерапия. – 2023. – Т. 31. – № 3 (121). – С. 69-90.

25. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации / Т.А. Караваева, А.В. Васильева // Тактика врача-психиатра: практическое руководство / под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. – Москва: ГЕОТАР-Медиа, 2022. – С. 127-135.

26. Караваева, Т.А. Профилактика развития посттравматического стрессового расстройства у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Ю.С. Шойгу, Д.С. Радионов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2023. – № 2 (119). – С. 86-95.

27. Караяни, А.Г. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях: проблемы прогнозирования и оценки / А.Г. Караяни // Юридическая психология. – 2023. – № 4. – С. 27-31.

28. Караяни, А.Г. Саморегуляция функциональных состояний в боевой обстановке / А.Г. Караяни, Э.П. Утлик // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2018. – № 3 (74). – С. 5-9.

29. Караяни, А.Г. Содержание и принципы подготовки к организации психологической помощи участникам боевых действий (на примере армий иностранных государств) / А.Г. Караяни // Психология обучения. – 2018. – № 5. – С. 88-95.

30. Кекелидзе, З.И. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства / З.И. Кекелидзе, А.А. Портнова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009; 109(12): 4-8.

31. Климова, И.Ю. Современные подходы к терапии посттравматического стрессового расстройства (обзор литературы) / И.Ю. Климова, Ю.С. Вольная // Сибирский медицинский вестник. – 2023. – Т. 7. – № 2. – С. 35-40.

32. Кобец, П.Н. Особенности предупреждения суицидального поведения лиц, осуществляющих свою профессиональную деятельность в экстремальной среде (на примере американских вооруженных сил) / П.Н. Кобец, И.В. Ильин // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. – 2019. – № 4 (48). – С. 151-158.

33. Косенко, В.Г. Клинические проявления и отдаленные последствия стрессовых расстройств в период осуществления специальной военной операции (СВО) среди жителей Краснодарского края, эвакуированных жителей Донбасса и беженцев из Украины / В.Г. Косенко, Г.В. Ломакина, В.А. Стрижев [и др.] // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18. – № 5. – С. 30-45.

34. Крюков, Е.В. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов / Е.В. Крюков, В.К. Шамрей, А.А. Марченко [и др.] // Психиатрия. – 2023. – Т. 21. – № 4. – С. 57-71.

35. Крючкова М.Н., Солдаткин В.А. Синдром хронической тазовой боли: психопатологические аспекты. Вестник урологии. – 2017; 5(1): 52-63.

36. Кубасов, Р.В. Влияние экстремальных факторов военной службы на адаптационные возможности и здоровье сотрудников силовых ведомств России / Р.В. Кубасов, Ю.Е. Барачевский, Е.Н. Сибилева [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2015. – № 2 (50). – С. 217-223.

37. Курасов, Е.С. Психотерапевтическое лечение посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / Е.С. Курасов, А.А. Марченко, В.К. Шамрей [и др.] // Вестник психотерапии. – 2018. – № 66 (71). – С. 19-34.

38. Лазуко, С.С. Роль супероксидного радикала в регуляции функции кв-каналов коронарных сосудов при посттравматическом стрессовом расстройстве

/ С.С. Лазуко, Л.Е. Беляева, О.П. Кужель // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. – 2023. – Т. 109. – № 3. – С. 334-347.

39. Лапшин, М.С. Патогенез посттравматического стрессового расстройства, терапевтические мишени / М.С. Лапшин, М.В. Кондашевская, В.В. Епишев, Н.А. Паточкина // Успехи физиологических наук. – 2023. – Т. 54. – № 1. – С. 55-69.

40. Линдемманн, Э. Психология эмоций / Э. Линдемманн; под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппен-рейтер. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1984.

41. Манухина, Е.Б. Адаптация к периодической гипоксии защищает мозг при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е.Б. Манухина, В.Э. Цейликман, О.Б. Цейликман, Г.Ф. Дауни // Патогенез. – 2023. – Т. 21. – № 4. – С. 4-12.

42. Миненко, К.О. Система мер ресоциализации, социальной адаптации и социальной реабилитации помилованных участников специальной военной операции / К.О. Миненко, А.О. Миненко // Философия права. – 2023. – № 3 (106). – С. 125-134.

43. Москвитина, М.А. Организационно-методические аспекты психологического сопровождения комбатантов и членов их семей / М.А. Москвитина, П.Н. Москвитин // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2023. – № 7. – С. 61-68.

44. Мякотных, В.С. Возрастные особенности стресс-индуцированных состояний у ветеранов боевых действий / В.С. Мякотных, М.Н. Торгашов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2016. – № 1 (56). – С. 81-86.

45. О войсках национальной гвардии Российской Федерации: Федеральный закон от 03.07.2016 № 226-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 27.03.2024).

46. О проведении медико-психологической реабилитации сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации: Приказ МВД России от 12.01.2012 № 5: зарегистрирован в Минюсте России 12 марта 2012 г. № 23445 (с

изм. и доп. от 20 августа 2014 г. № 713) // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 27.03.2024).

47. О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации: Федеральный закон от 19.07.2011 № 247-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 27.03.2024).

48. О статусе военнослужащих: Федеральный закон от 27.05.1998 № 76-ФЗ // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 27.03.2024).

49. Об утверждении Перечня показаний к медико-психологической реабилитации и соответствующей им продолжительности медико-психологической реабилитации, Перечня категорий военнослужащих войск национальной гвардии Российской Федерации и лиц, проходящих службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющих специальные звания полиции, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации, а также Порядка и мест проведения медико-психологической реабилитации: Приказ Федеральной службы войск национальной гвардии РФ от 15 июня 2018 г. № 204 // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 27.03.2024).

50. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе: Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 24.03.2024).

51. Озерецковский, А.И. О душевных заболеваниях в связи с Русско-японской войной за первый год ее / А.И. Озерецковский // Военно-медицинский журнал. – 1905; 3(10): 361-373; 568-582.

52. Пахомова, С.А. Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) / С.А. Пахомова, Ю.Б. Барыльник, В.Ю. Мурылев [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2023. – № 1. – С. 20-30.

53. Паценко, М.Б. Особенности стресс-индуцированной соматической патологии у ветеранов боевых действий / М.Б. Паценко, Д.А. Мироненко. – Часть II // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2022. – Т. 5. – № 2. – С. 33-38.

54. Положение о Федеральной службе войск национальной гвардии Российской Федерации: утв. Указом Президента Российской Федерации от 30 сентября 2016 г. № 510 // СПС «КонсультантПлюс». – URL: consultant.ru (дата обращения: 24.03.2024).

55. Потеемина, Т.Е. Дезадаптивные изменения в нервной системе после воздействия боевого стресса и травм / Т.Е. Потеемина, А.А. Зуйкова, С.В. Кузнецова, А.В. Перешейн // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 4 (40). – С. 72-77.

56. Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта) / под ред. И.Н. Кагановича. – Москва: Медицина, 1949. – 350 с.

57. Психиатрия войн и катастроф / под ред. В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 431 с.

58. Пятибратова, И.В. Обзор теоретико-методологических подходов в изучении посттравматического стрессового расстройства. / И.В. Пятибратова, С.Ю. Крылов, О.В. Якушева // Живая психология. – 2023. – Т. 10. – № 6 (46). – С. 35-43.

59. Резник, А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму / А.М. Резник // Health, Food & Biotechnology. – 2020. – Т. 2. – № 1. – С. 11-23.

60. Резник, А.М. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн / А.М. Резник, Т.С. Сюняков, Д.В. Щербаков, Ю.Л. Мартынюк // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Спецвыпуск. – 2020; 120 (6): 31–36.

61. Розанов, В.А. Суицидальное поведение в контексте посттравматического стрессового расстройства – психиатрические и

психосоциальные аспекты / В.А. Розанов, Т.А. Караваева, А.В. Васильева, Д.С. Радионов // Психиатрия. – 2023. – Т. 21. – № 6. – С. 58-74.

62. Савченко, И.Ф. Классификационные особенности «возвратных» потерь личного состава войск – проблема стресс-ассоциированных психических расстройств в условиях современных военных конфликтов и чрезвычайных ситуаций / И.Ф. Савченко, Р.Н. Лемешкин, Е.С. Курасов [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2023. – Т. 25. – № 2. – С. 289-300.

63. Серейский, М.Я. Трудности при исследовании и оценке военно-травматического материала / М.Я. Серейский // Проблемы психиатрии военного времени. – М.: Медицина, 1945.

64. Снедков, Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Е.В. Снедков, С. В. Литвинцев, В. В. Нечипоренко, В. М. Лыткин // Современная психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 21–25.

65. Соколов, Е.Ю. Психотерапевтическая саморегуляция – основа профилактики отдаленных расстройств здоровья у специалистов экстремальных профессий / Е.Ю. Соколов, А.И. Адаев, А.А. Фомин, Л.Г. Магурдумова // Психическое здоровье. – 2018. – Т. 16. – № 1 (140). – С. 56-65.

66. Станченков, И.В. Оценка клинической эффективности организационной модели медико-психологической реабилитации на основе анализа динамики показателей психического статуса военнослужащих, подвергшихся воздействию боевого стресса / И.В. Станченков, С.И. Чистяков, А.Г. Суслов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2021. – № 2. – С. 115-122.

67. Стебеньков, А.М. Экспертная система диагностики посттравматического стрессового расстройства / А.М. Стебеньков, А.И. Сунагатуллина // Программная инженерия. – 2023. – Т. 14. – № 9. – С. 452-459.

68. Суханов, С.А. Душевные болезни: руководство по частной психопатологии для врачей, юристов и учащихся / С.А. Суханов. – Санкт-Петербург: Изд-во Фельдмана, 1914.

69. Суханов, С.А. Материалы к вопросу о психозах военного времени / С.А. Суханов // Психиатрическая газета. – 1915; 7:106-108; 11:165-167; 13:204-207; 17:271- 272.

70. Торгашов, М.Н. Клиническое содержание и степень выраженности посттравматического стрессового расстройства у комбатантов разного возраста. / Торгашов М.Н. // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2017. – № 3. – С. 110-115.

71. Фастовцов Г.А. Индивидуально-личностные предпосылки криминальной агрессии ветеранов боевых действий / Г.А. Фастовцов // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2016. – № 1. – С. 13-18.

72. Фастовцов, Г.А. Психиатрическая помощь военнослужащим красной армии в годы Великой отечественной войны / Г.А. Фастовцов, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 2. – С. 10-21.

73. Фельцман О.Б. К вопросу о психозах военного времени (1914): реферат А. Панафидиной / О.Б. Фельцман // Психиатрическая газета. – 1915;11:174.

74. Филимонов, И.Н. Травматический невроз по материалам войны 1914–1918 г. / И.Н. Филимонов. – М.: Изд-во МГУ, 1926.

75. Ходос, Л.А. феномен психологической защиты и копинг-стратегий участников боевых действий / Л.А. Ходос, В.Н Ефимов // International Journal of Medicine and Psychology. – 2024. – Т. 7. – № 2. – С. 193-201.

76. Хорошко, В.К. О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне (К учению о травматических психозах в действующей армии) / В.К. Хорошко // Психиатрическая газета. – 1916; 1:3 -10.

77. Хрусталева, Н.С. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия / Н.С. Хрусталева, В.В. Бочаров, Егоров [и др.]. – Санкт-Петербург: Санкт-Петербургского университета, 2014.

78. Шайкевич, М.О. О душевных заболеваниях в связи с Японской войной: автореферат сообщения в собрании врачей Московского военного госпиталя / М.О. Шайкевич // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1905; 5(1): 18.

79. Шамрей, В.К. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства / В.К. Шамрей, В.М. Лыткин, К.В. Баразенко, С.А. Зун // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 1. – С. 68-77.

80. Шамрей, В.К. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн / В.К. Шамрей, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин [и др.] // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2020. Т. 39. – № S3-4. – С. 185-192.

81. Шкитронов, М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство у пожарных / М.Е. Шкитронов, Веселова Д.В. // Обзор педагогических исследований. – 2023. – Т. 5. – № 5. – С. 264-268.

82. Шмарина Т.А. Взгляд на посттравматический стресс через призму уязвимости и устойчивости / Т.А. Шмарина // Человек. – 2023. – Т. 34. – № 4. – С. 181-191.

83. Щегольков, А.М. Анализ факторов дезадаптации лётчиков после экстремального стрессового воздействия / А.М. Щегольков, А.А. Благинин, А.Я. Фисун [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2020. – № 3 (71). – С. 68-71.

84. Ющенко, А.И. Вопросы классификации, профилактики и лечения так называемых травматических неврозов / А.И. Ющенко. – Харьков: Госмедиздат УССР, 1934.

85. Якубович, Л.Ф. Психиатрическая помощь на Дальнем Востоке в Русско-Японскую войну (1904–1905 г.) / Л.Ф. Якубович // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1907; 4: 588-622.

86. Abdallah, C.G. The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) / C.G. Abdallah [et al.] // *Ann. Rev. Pharmacol. Toxicol.* – 2019. – Vol. 59. – P. 171-189.

87. Adler, A. Neuropsychiatric complications in victims of Boston's Coconut Grove disaster. – *JAMA.* – 1943;123:1098-1101.

88. Akiki, T.J. A Network-Based Neurobiological Model of PTSD: Evidence From Structural and Functional Neuroimaging Studies / T.J. Akiki, C.L. Averill, C.G. Abdallah // *Curr Psychiatry Rep.* – 2017;19(11):81.

89. APA. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision / Ed. American Psychiatric Association. – Washington, DC, 2022. – 1924 p.

90. Astill Wright, L. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis / L. Astill Wright, M. Sijbrandij, R. Sinnerton [et al.] // *Transl Psychiatry.* – 2019; 9(1):334.

91. Aupperle, R.L. Executive function and PTSD: disengaging from trauma / R.L. Aupperle, A.J. Melrose, M.B. Stein, M.P. Paulus // *Neuropharmacology.* – 2012;62:686-694.

92. Bandelow, B. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part II: OCD and PTSD // *World J. Biol. Psychiatry*, 2023. – Vol. 24. – № 2. – P. 118-134.

93. Barbano, A.C. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria / A.C. Barbano, W.F. van der Mei, T.A. deRoon-Cassini [et al.] // *Depress. Anxiety.* – 2019. – T. 36. № 6. – P. 490-498.

94. Ben B.J., Hayes A.M., Contractor A.A. [et al.] The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment. *Psychiatry research.* – 2018; 259: 442–449.

95. Bian, Y.-Y. Identification of key genes involved in post-traumatic stress disorder: Evidence from bioinformatics analysis / Y.-Y. Bian, L.-L. Yang, B. Zhang [et al.] // *World J Psychiatry*. – 2020; 10(12): 286-298.

96. Bjorklund, G. Depleted uranium and Gulf War Illness: Updates and comments on possible mechanisms behind the syndrome / G. Bjorklund, L. Pivina, M. Dadar [et al.] // *Environ Res*. – 2020; 181: 108927.

97. Blacker, C.J. A Review of Epigenetics of PTSD in Comorbid Psychiatric Conditions / C.J. Blacker, M.A. Frye, E. Morava [et al.] // *Genes*. – 2019; 10 (2): 140.

98. Booyesen, D.D. The feasibility of prolonged exposure therapy for PTSD in low- and middle-income countries: a review / D.D. Booyesen, A. Kagee // *Psychotraumatol*. – 2020. – Vol. 11. – № 1. – P. 1753941.

99. Bremner, J.D. Confederates in the Attic: Posttraumatic Stress Disorder, Cardiovascular Disease, and the Return of Soldier's Heart / J.D. Bremner, M.T. Wittbrodt, A.J. Shah [et al.] // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2020; 208 (3): 171–180.

100. Bryant, R.A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges/ R.A. Bryant // *World Psychiatry*. – 2019; 18(3): 259-269.

101. Bunk, D. Die Bedeutung beziehungs dynamischer Faktoren fur die Psychopathogenese von im Kindesalter Naziverfolgten / D. Bunk, C. Eggers // *Fortschr Neurol Psychiatr*. – 1993; 61(2): 38-45.

102. Ciller, A. Post Traumatic Stress Disorder and Behavioral Therapy Intervention Techniques Used in Treatment / A. Ciller, T. Koskun, A.Y. Akea // *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. – 2022. – Vol. 14. – № 4. – P. 499-509.

103. Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and statistical manual: mental disorders // American Psychiatric Association. Washington: D.C. – 1952.

104. Connor, K.M. The role of serotonin in posttraumatic stress disorder neurobiology and pharmacotherapy / K.M. Connor, J.R.T. Davidson // *CNS Spectrums*. – 1998; 352: 43- 51.

105. Coventry, P.A. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis / P.A. Coventry [et al.] // *PLoS Med. Public Library of Science.* – 2020. – Vol. 17. – № 8. – P. 34.

106. Da Costa, J.M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences / J.M. Da Costa // *Am J M Sc.* – 1871; 7: 61-117.

107. Danieli, Y. Trauma and it's wake. / Y. Danieli // *The study and treatment of PTSD.* – Ed. Figley Ch.R. – New York: Brunner & Mazel, 1985.

108. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Ed 2. American Psychiatric Association. – Washington: DC, 1968.

109. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. – Ed 3. American Psychiatric Association. – Washington: DC, 1980

110. Ehlers, A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / A. Ehlers, D.M. Clark // *Behav Res Ther.* – 2000; 38:319-345. – URL: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5879-1_19.

111. Eraly, S.A. Marine Resiliency Study Team. Assessment of plasma C-reactive protein as a biomarker of posttraumatic stress disorder risk / S.A. Eraly, C.M. Nievergelt, A.X. Maihofer [et al.] // *JAMA Psychiatry.* – 2014; 71: 423-431.

112. Eshuis, L.V. Efficacy of immersive PTSD treatments: A systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy / L.V. Eshuis, M.J. van Gelderen, M. van Zuiden [et al.] // *J Psychiatr Res.* – 2020; 143: 516-527.

113. Fogle, B.M. The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions / B.M. Fogle, J. Tsai, N. Mota [et al.] // *Frontiers in psychiatry.* – 2020; 11: 538218.

114. Fulton, J.J. The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) Veterans: A meta-analysis /

J.J. Fulton, P.S. Calhoun, H.R. Wagner [et al.] // *J Anxiety Disorders*. 2015; 31: 98-107.

115. Gelernter, J. Genome-wide association study of post-traumatic stress disorder reexperiencing symptoms in >165,000 US veterans / J. Gelernter, N. Sun, R. Polimanti [et al.] // *Nature neuroscience*. 2019; 22 (9): 1394–1401.

116. Georgopoulos, A.P. A Two-Hit Model of The Biological Origin of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) / A.P. Georgopoulos, L.M. James, P. Christova, B.E. Engdahl // *J Ment Health Clin Psychol*. – 2018; 2(5): 9-14.

117. Gleser, G. Prolonged psychosocial effects of disaster: a study of buffalo creek / G. Gleser, B.L. Green, C. Winget. – New York: Academic Press; 1981.

118. Heinig, I. Effective-and Tolerable: Acceptance and Side Effects of Intensified Exposure for Anxiety Disorders / I. Heinig [et al.] // *Behavior Therapy*. – 2023. – P. 427-443.

119. Hendrickson, R.C. Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD / R.C. Hendrickson, M.A. Raskind // *ExpNeurol*. – 2016; 284: 181-195.

120. Henigsberg, N. Neuroimaging research in posttraumatic stress disorder – Focus on amygdala, hippocampus and prefrontal cortex / N. Henigsberg, P. Kalember, Z.K. Petrović, A. Šečić // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. – 2019; 90: 37-42.

121. Herzog, S. Dissociative Symptoms in a Nationally Representative Sample of Trauma-Exposed U.S. Military Veterans: Prevalence, Comorbidities, and Suicidality / S. Herzog, B.M. Fogle, I. Harpaz-Rotem [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2020; 272: 138–145.

122. Hopper, J.W. Values and visions for the field of psychological trauma, from brain to re-moralization and social transformation / J.W. Hopper // *Trauma Dissociation*. – 2020. – Vol. 21. – № 3. – P. 279-292.

123. Horn, S.R. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD / S.R. Horn, D.S. Charney, A. Feder // *Experimental neurology*. – 2016; 284 (B): 119–132.

124. Horowitz, M.J. Diagnosis of posttraumatic stress disorder / M.J. Horowitz, D.S. Weiss, Ch. Marmar // *J NervMent Dis.* – 1987; 175(5): 267-268. – URL: <https://doi.org/10.1007/s11055-011-9395-8>.
125. Horowitz, M.J. *Stress Response Syndromes* / M.J. Horowitz. – NJ: Northvale, 1978.
126. Houts, A.C. Fifty years of psychiatric nomenclature: reflections on the 1943 war department technical bulletin, *Medical* 203 / A.C. Houts // *Journal of Clinical Psychology.* – 2000; 56(7): 935-967.
127. Isaacs, K. Psychological resilience in U.S. military veterans: A 2-year, nationally representative prospective cohort study / K. Isaacs, N.P. Mota, J. Tsai [et al.] // *Journal of psychiatric research.* – 2017; 84: 301–309.
128. Jowf, G.I. The Molecular Biology of Susceptibility to Post-Traumatic Stress Disorder: Highlights of Epigenetics and Epigenomics / G.I. Jowf, C. Snijders, B. Rutten [et al.] // *International journal of molecular sciences.* – 2021; 22 (19): 10743.
129. Kardiner, A. *The Traumatic Neuroses of War* / A. Kardiner. – New York, 1941.
130. Kazlauskas, E. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research / E. Kazlauskas, P. Zelviene, L. Lorenz [et al.] // *Eur. J. Psychotraumatol.* – 2018. – Vol. 8. – P. 1421819.
131. Killikelly, C. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability / C. Killikelly, A. Maercker // *Eur. J. Psychotraumatol.* – 2018. – Vol. 8. – P. 1476441.
132. Koenen, K.C. Post-traumatic stress disorder and cardiometabolic disease: improving causal inference to inform practice / K.C. Koenen, J.A. Sumner, P. Gilsanz [et al.] // *Psychological medicine.* – 2017; 47 (2): 209–225.
133. Kroes, M. Eradicating war memories: Neuroscientific reality and ethical concerns / M. Kroes, R. Liivoja // *International Review of the Red Cross.* – 2019;101(910):69-95.

134. Kunimatsu, A. MRI findings in posttraumatic stress disorder / A. Kunimatsu, K. Yasaka, H. Akai [et al.] // *J MagnReson Imaging*. – 2020; 52(2): 380-396.
135. Lazarov, A. Symptom structure of PTSD and comorbid depressive symptoms – a network analysis of combat veteran patients / A. Lazarov B. , Suarez-Jimenez, O. Levi [et al.] // *Psychol med*. – 2020; 50(13): 2154-2170.
136. Levin, G.D.A. PTSD and Psychosis: A Review / G.D.A. Levin // *Open Access Journal of Addiction and Psychology*. – 2019; 2(1): 1-3.
137. Lewis, C. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis / C. Lewis [et al.] // *Eur. J. Psychotraumatol*. – 2020. – Vol. 11. – № 1. – P. 1729633.
138. Libbrecht, K. On the early history of make hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought / K. Libbrecht, J. Quackelbeen // *Journal of the history of the behavioral sciences*. – 1995; 31: 78-79.
139. Malaktaris, A.L. The Phenomenology and Correlates of Flashbacks in Individuals With Posttraumatic Stress Symptoms / A.L. Malaktaris, S.J. Lynn // *Clinical Psychological Science*. – 2018; 7(2): 249-264.
140. Mauro, C. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines / C. Mauro, C.F. Reynolds, A. Maercker [et al.] // *Psychol. Med*. – 2019. – Vol. 49. – № 5. – P. 861-867.
141. McGuire, A.P. Dispositional gratitude and mental health in the U.S. veteran population: Results from the National Health and Resilience Veterans Study / A.P. McGuire, B.M. Fogle, J. Tsai [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2021; 135: 279–288.
142. McLean, C.P. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis / C.P. McLean [et al.] // *Clin. Psychol. – Rev. Elsevier Inc.*, 2022. – Vol. 91. – P. 20-35.
143. Moring, J.C. Cognitive Processing Therapy for PTSD and Bipolar Disorder Comorbidity: A Case Study / J.C. Moring [et al.] // *Cogn. Behav. Practice*. – 2022. – Vol. 29. – № 2. – P. 425-433.

144. Morissette, S.B. [et al.] Delivery of written exposure therapy for PTSD in a university counseling center / S.B. Morissette [et al.] // *Psychol. Serv.* – 2023. – Vol. 20. – № 1. – P. 122-136.

145. Morland, L.A. Advances in PTSD Treatment Delivery: Review of Findings and Clinical Considerations for the Use of Telehealth Interventions for PTSD / L.A. Morland, S.Y. Wells, L.H. Glassman [et al.] // *Curr Treat Options Psychiatry.* – 2020; 7(3): 221-241.

146. Mota, N.P. Posttraumatic stress symptom courses in U.S. military veterans: A seven-year, nationally representative, prospective cohort study / N.P. Mota, J.M. Cook, N.B. Smith [et al.] // *Journal of psychiatric research.* – 2019; 119: 23–31.

147. Nievergelt, C.M. Genomic Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Psychiatric Genomic Consortium Initiative / C.M. Nievergelt, A.E. Ashley-Koch, S. Dalvie [et al.] // *Biological psychiatry.* – 2018; 83 (10): 831–839.

148. Nievergelt, C.M. International meta-analysis of PTSD genome-wide association studies identifies sex- and ancestry-specific genetic risk loci / C.M. Nievergelt, A.X. Maihofer, T. Klengel [et al.] // *Nat Commun.* – 2019; 10 (1): 4558.

149. Nixon, R.D.V. Using Explicit Case Formulation to Improve Cognitive Processing Therapy for PTSD / R.D.V. Nixon, D. Bralo // *Behavior Therapy.* – 2019. – Vol. 50. – № 1. P. 155-164.

150. Oppenheim, H. Die traumatischen Neurosen / H. Oppenheim. – Berlin, 1889.

151. Overstreet, C. Resilience to traumatic stress in U.S. military veterans: Application of a novel classification approach in a nationally representative sample / C. Overstreet, J.C. DeViva, A. Amstadter [et al.] // *Journal of psychiatric research.* – 2021; 140: 301–307.

152. Pyne, J.M. Heart Rate Variability and Cognitive Bias Feedback Interventions to Prevent Post-deployment PTSD: Results from a Randomized

Controlled Trial / J.M. Pyne, J.I. Constans, J.T. Nanney [et al.] // *Military Medicine*. – 2019. – Vol. 184. – № 1-2. – P. 131140.

153. Rabin, C. Treating post traumatic stress disorder couples: a psycho-educational program / C. Rabin, C. Nardi // *Community Ment Health J*. – 1991; 27(3): 209-224.

154. Schnurr, P.P. PTSD 30 Years On / P.P. Schnurr // *Journal of Traumatic Stress*. – 2010; 23(1): 1- 2.

155. Shalev, A.Y. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) / A.Y. Shalev, M. Gevonden, A. Ratanatharathorn [et al.]. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. – 2019; 18 (1): 77–87.

156. Sharma, V. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study / V. Sharma, D.B. Marin, H.K. Koenig [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2017; 217: 197–204.

157. Simsek, M.K. Cognitive Models Explaining Post-Traumatic Stress Disorder and Cognitive Therapy Methods Frequently Used in Trauma Victims / M.K. Simsek // *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*. – 2023. – Vol. 15. – № 4. – P. 631-643.

158. Sippel, L.M. The burden of hostility in U.S. Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study / L.M. Sippel, N.P. Mota, L.K. Kachadourian [et al.] // *Psychiatry research*. – 2016; 243: 421–430.

159. Song, H. Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease / H. Song, F. Fang, G. Tomasson [et al.]. *JAMA*. – 2018; 319 (23): 2388–2400.

160. Speer, K.E. HPA axis function and diurnal cortisol in post-traumatic stress disorder: A systematic review / K.E. Speer, S. Semple, N. Naumovski [et al.] // *Neurobiol Stress*. – 2019; 11: 100180.

161. Thakur, A. [et al.] A Review on Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Symptoms, Therapies and Recent Case Studies / A. Thakur [et al.] // *Curr. Mol. Pharmacol.* – 2022. – Vol. 15. – № 3. – P. 502-516.

162. Thomas, M.M. Mental and Physical Health Conditions in US Combat Veterans: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study / M.M. Thomas, I. Harpaz-Rotem, J. Tsai [et al.] // *The primary care companion for CNS disorders.* – 2017; 19 (3): 10.4088/PCC.17m02118.

163. Van der Hart, O. Concept of psychological trauma / O. Van der Hart, P. Brown // *American Journal of Psychiatry.* – 1947; 12: 1691.

164. Veterans: Results From the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study // *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry.* – 2021; 29 (12): 1280–1285.

165. Wald, I. Selective prevention of combat-related post-traumatic stress disorder using attention bias modification training: a randomized controlled trial / I. Wald, E. Fruchter, K. Ginat [et al.] // *Psychol. Medicine.* – 2016. – Vol. 46. – № 12. P. 2627-2636.

166. Wang, Z. Posttraumatic Stress Disorder: An immunological disorder / Z. Wang, B. Caughron, M.R.I. Young // *Front Psychiatry.* – 2017; 8: 222

167. Wilde L. Trauma: phenomenological causality and implication / L. Wilde // *Phenomenology and the Cognitive Sciences.* – 2022; 21: 689-705.

168. Wolf, E.J. A classical twin study of PTSD symptoms and resilience: Evidence for a single spectrum of vulnerability to traumatic stress / E.J. Wolf, M.W. Miller, D.R. Sullivan [et al.] // *Depression and anxiety.* – 2018; 35 (2): 132–139.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациент: К. мужчина, 23 года, участник боевых действий.

Жалобы: на постоянное чувство тревоги, раздражительность, нарушения сна, ночные кошмары, депрессивное настроение, приступы гнева, вспышки агрессии, выраженное чувство вины и переживания за действия, совершенные во время боевых операций. Также отмечает ухудшение отношений в семье, отстранение от общения с близкими и коллегами, невозможность вернуться к нормальной социальной и профессиональной деятельности, ощущение эмоциональной пустоты, потерю интереса к повседневной жизни.

В таблице 1 представлены результаты планового психопрофилактического обследования пациента К.

Таблица 1

Результаты планового психопрофилактического обследования после возвращения из зоны боевых действий пациента К.

Методика	Результат	Интерпретация
СМИЛ (Стандартизированный многофакторный метод)	Высокие показатели по шкалам тревожности и депрессии	Личностные характеристики указывают на эмоциональную неустойчивость и повышенный уровень тревоги, депрессии
Краткий отборочный тест (КОТ)	Уровень когнитивных способностей: средний	Снижение когнитивных функций в условиях стресса и ограниченного времени,

Методика	Результат	Интерпретация
		связанное с длительным воздействием стресса
Монреальская когнитивная шкала		Умеренные когнитивные нарушения: снижение кратковременной памяти, внимания, исполнительных функций
Методика Лазаруса (Копинг-стратегии»)	16 баллов	Высокая напряженность копинга, выраженная дезадаптация в стрессовых ситуациях, типичная для пациентов с ПТСР
	8 баллов	Пациент находится в зоне риска ПТСР, высокие показатели указывают на тяжелую симптоматику ПТСР
Опросник клинической тревоги и депрессии	Тревога: 13, Депрессия: 11	Клинически выраженная тревога и депрессия, требующая психотерапевтического вмешательства и медикаментозного лечения
Предварительное ХТИ (бензодиазепины, этилглюкуронид)	Бензодиазепины: 60 нг/мл, Этилглюкуронид: 600 нг/мл	Пациент употреблял бензодиазепины и алкоголь без назначения врача

Методика	Результат	Интерпретация
Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин)	АЛТ: 50 ед/л, АСТ: 48 ед/л, Билирубин: 20 ммоль/л	Показатели выше нормы, что может свидетельствовать о вредных последствиях употребления алкоголя
Карбогидрат-дефицитный трансферрин (КДТ)		Превышение нормы, подтверждает хроническую алкогольную интоксикацию.

Анамнез заболевания: Пациент участвовал в активных боевых действиях в 2022 году. Сообщает о случаях непосредственного риска для жизни. После возвращения с фронта начал испытывать чувство постоянной настороженности, сильное эмоциональное напряжение, вспышки агрессии по незначительным поводам. Первые симптомы появились около месяца назад, когда начали проявляться кошмары с повторяющимися сценами военного характера, в которых он участвовал. Стремился избегать обсуждения своего военного опыта с семьей и друзьями, стал избегать мест и событий, которые могли бы напомнить о пережитых травматических ситуациях, появился страх людных мест (не мог ездить в метро, ходить по паркам и площадям).

Психический статус на момент осмотра: настроение снижено, чувство безнадежности и бессилия, на лице следы глубокой усталости. Периодически появляются резкие вспышки агрессии при обсуждении травмирующих событий. В разговоре легко заметно напряжение. Отмечается эмоциональная ограниченность, сниженная способность к сопереживанию. На приеме испытывает трудности в эмоциональной регуляции, вспышки раздражительности регулирует не в полном объеме. Отмечается ухудшение концентрации внимания, частые воспоминания о травмирующих событиях, которые возникают спонтанно при наличии триггера. Воспоминания вызывают сильные эмоциональные реакции, сопровождаются чувством страха и паники. Признаки гипервозбудимости, часто вздрагивает при громких звуках или

неожиданном движении. Неохотно рассказывает о кошмарных сновидениях с повторяющимися сценами боевых операций. Сон поверхностный, беспокойный, пациент часто просыпается с чувством тревоги. Высказывает мысли о бессмысленности жизни, однако суицидальные намерения отрицает, так как чувствует ответственность перед семьей, но ощущает себя обузой.

Диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство F 43.1

Пациент освобожден от служебных обязанностей по временной нетрудоспособности, назначена комплексная терапия, включающая антидепрессанты (СИОЗС) для снижения выраженности тревожных и депрессивных симптомов, нейролептики, психотерапия (табл. 2).

Таблица 2

Психофармакотерапия, назначенная пациенту К.

Препарат	Дозировка	Продолжительность лечения	Цель терапии
Нейролептик			
Кветиапин	50-150 мг/сут.	12 недель	Купирование тревожных состояний, улучшение сна и уменьшение навязчивых мыслей
СИОЗС			
Эсциталопрам	10-20 мг/сут.	12 месяцев	Снижение тревожности и депрессии
Анксиолитик			
Алпразолам	0,25-0,5 мг 2-3 раза в день	2 недели	Быстрое снятие тревоги

Дозировки препаратов корректировались в зависимости от состояния пациента и его реакции на терапию, нейролептик использовался в небольших дозах для контроля симптомов тревоги и эмоциональной неустойчивости, анксиолитики использовались краткосрочно, чтобы избежать формирования

лекарственной зависимости. СИОЗС применялись в качестве базовой терапии для длительного купирования симптомов депрессии и тревожности.

На фоне проведения терапии в течение 3 месяцев, отмечалось значительное улучшение состояния. Тревожность, выраженная гиперактивность и воспоминания о травматических событиях снизились. Нормализовался сон, вернулся интерес к повседневной жизни. Депрессивные эпизоды значительно сократились, и пациент стал чаще выражать положительные эмоции, отмечает улучшение концентрации внимания, способность планировать свои действия и чувствовать контроль над жизненными ситуациями. Уровень социальной изоляции уменьшился, К. стал более открытым к общению с близкими людьми, возобновил некоторые социальные контакты. Самооценка пациента и восприятие своего будущего значительно улучшились. К. выражает оптимизм относительно своих перспектив и будущих возможностей, в том числе возвращение к профессиональной деятельности.

В комплексном лечении пациента использовалась арттерапия и когнитивно-поведенческая терапия.

На рисунке 1 пациент изобразил свое текущее состояние, эмоциональную пустоту, отсутствие смысла жизни.



Рисунок 1. Работа пациента К. Нарисовано его состояние, название картины «эмоциональная анестезия»

После проведенного лечения К. был направлен на реабилитацию, индивидуальная программа реабилитации корректировалась в зависимости от состояния пациента. Цель медико-психологической реабилитации фокусировалась преимущественно на индивидуальной психотерапии, поддерживающей фармакотерапии и социально-психологической адаптации. Индивидуальная программа реабилитации для пациента К. с ПТСР представлена в таблице 3.

Таблица 3

Индивидуальная программа реабилитации для пациента К. с ПТСР

Мероприятие	Частота	Описание	Цель
Индивидуальная психотерапия	1-2 раза в неделю	Психотерапевтические сеансы (когнитивно-поведенческая терапия) с психотерапевтом	Устранение негативных мыслей, проработка травматического опыта, улучшение копинговых стратегий
Фармакотерапия	Ежедневно	Лечение с использованием СИОЗС, нейролептиков и анксиолитиков	Купирование тревожных и депрессивных симптомов, нормализация сна и эмоционального состояния
Работа с психиатром	1 раз в месяц	Консультация психиатра для контроля динамики состояния и коррекции лечения	Оценка эффективности фармакотерапии, корректировка дозировок препаратов

Мероприятие	Частота	Описание	Цель
Психообучение	1 раз в неделю	Обучение пациента техникам управления стрессом, самопомощи и релаксации.	Повышение осведомленности о ПТСР, развитие навыков саморегуляции и контроля симптомов
Артист-терапия	1-2 раза в неделю	Рисование, лепка, и другие виды творческой деятельности для выражения эмоций	Снижение уровня стресса, проработка травматических переживаний через искусство
Физическая активность	2-3 раза в неделю	Легкие физические нагрузки под наблюдением инструктора	Улучшение физического состояния, снижение тревожности и стресса
Медитация и дыхательные практики	Ежедневно (10-15 мин)	Выполнение медитационных и дыхательных упражнений для расслабления	Уменьшение уровня тревожности и стресса, улучшение концентрации и самоконтроля
Контроль сна	Ежедневно	Следование режиму сна, при необходимости назначение препаратов для коррекции нарушений сна	Нормализация сна, улучшение общего самочувствия и настроения

На рисунке 2 представлена работа пациента К. на последних сеансах арттерапии в процессе проведения медико-психологической реабилитации, название «Я возвращаюсь».



Рисунок 2. Работа Пациента К. после проведения лечения,
«Я возвращаюсь»

После завершения реабилитации у пациента К. наблюдалось значительное улучшение психоэмоционального состояния. Реабилитационная программа, состоящая из индивидуальной психотерапии, поддерживающей фармакотерапии, оказала положительное воздействие на его эмоциональное и психологическое самочувствие.

На протяжении реабилитации отмечалось постепенное снижение уровня тревожности и депрессивных симптомов. Сеансы когнитивно-поведенческой терапии помогли пациенту справляться с негативными мыслями и переработать травматический опыт. Использование техник управления стрессом, таких как медитация и дыхательные упражнения, способствовало улучшению концентрации и снижению уровня стресса в повседневной жизни. Арттерапия, позволили пациенту выразить свои эмоции, что способствовало более эффективной проработке травмирующих переживаний.

Пациент К. также начал восстанавливать социальные связи: улучшились отношения с близкими, он стал более активен в социальной жизни. Физическая активность и нормализация режима сна положительно сказались на его общем физическом и психическом состоянии.

На завершающих этапах реабилитации пациент выразил готовность возвращения к профессиональной деятельности, хотя полное восстановление

требовало дальнейшего наблюдения и периодической коррекции лечения. В творческих работах, выполненных в процессе арттерапии, пациент К. изобразил свое стремление вернуться к нормальной жизни, что отражает его позитивные изменения и восстановление уверенности в будущем.