

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента
здравоохранения города Москвы»

Научно-клинический исследовательский центр нейropsychиатрии

На правах рукописи

Резник Александр Михайлович

**Психические расстройства у участников и ветеранов боевых действий,
нуждающихся в лечении в психиатрическом стационаре**

3.1.17 – Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Костюк Георгий Петрович

Москва – 2026 год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Психопатологические проявления психических расстройств, возникающих у участников боевых действий	13
1.2. Психопатологические последствия минно-взрывной травмы головного мозга	22
1.3. Стресс-провоцированные аддиктивные расстройства	25
1.4. Психотические расстройства у участников и ветеранов боевых действий	27
1.5. Хронические и отсроченные психические расстройства у ветеранов войн. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство	31
1.6. Изменения личности у участников боевых действий	37
1.7. Динамика психических расстройств, возникших вследствие боевого травматического стресса	41
1.8. Влияние психических расстройств на социальную адаптацию ветеранов	43
1.9. Факторы возникновения и развития боевой психической патологии	44
1.10. Биологические маркёры ПТСР	46
1.11. Психотерапия боевой психической патологии	47
Глава 2. ОБЩАЯ СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	50
2.1. Предпосылки выбора объекта наблюдений и инструмента исследования. Рабочая гипотеза исследования.	50
2.2. Инструмент исследования. Общая характеристика объекта наблюдения	52
2.3. Методы исследования	56
2.4. Статистический анализ первичных научных данных	63
ГЛАВА 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ИХ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ	64
3.1. Клинико-психопатологические проявления психических расстройств у пациентов, получавших лечение в психиатрическом стационаре в ближайший месяц после участия в боевых действиях	64
3.2. Взаимные связи симптомов ПТСР и других психопатологических симптомов и синдромов у участников боевых действий	84
3.3. Связь психической патологии у участников боевых действий с неблагоприятными факторами боевой обстановки и мирного времени	94
3.3.1. Взаимная сопряженность изучавшихся неблагоприятных факторов	96
3.3.2. Связь ПТСР с факторами боевой обстановки и мирного времени	100

3.3.3. Связь коморбидной психопатологической симптоматики с факторами боевой обстановки и мирного времени	107
3.3.4. Связь психических нарушений у участников боевых действий с мотивацией на участие в боевых действиях	110
3.4. Агрессивное и суицидальное поведение у участников боевых действий: связь с симптомами ПТСР и другими психическими нарушениями	113
3.5. Контузии у участников боевых действий: связь с симптомами стрессовых расстройств и другие психопатологические последствия	118
3.6. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость	126
3.6.1. Условия военного и мирного времени, с которыми связаны злоупотребление и зависимость от алкоголя	126
3.6.2. Связь злоупотребления и зависимости от алкоголя с симптомами стрессовых и других психических расстройств	131
3.7. Диагностика психических расстройств у участников боевых действий с симптомами ПТСР	134
3.8. Сравнительный анализ клинико-психопатологической структуры психических расстройств в ближайшее время после участия в боевых действиях и в отдаленном периоде после боевых действий	137
Глава 4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ	143
4.1. Общая характеристика психических расстройств в отдаленном периоде после боевых действий	143
4.2. Посттравматическое стрессовое расстройство и его симптомы при других психических нарушениях	150
4.2.1. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства	150
4.2.2. Коморбидность ПТСР и других психопатологических симптомов и синдромов ...	167
4.3. Неблагоприятные факторы в анамнезе и их связь с проявлениями ПТСР и коморбидными психическими расстройствами	175
4.4. Диагностика психических расстройств у ветеранов боевых действий	190
4.4.1. Диагностика невротических расстройств	190
4.4.2. Диагностика органических психических расстройств	197
4.4.3. Диагностика алкогольной зависимости	207
Глава 5. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СТАЦИОНАРЕ	210

Глава 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОБСУЖДЕНИЕ ДАННЫХ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ УЧАСТНИКОВ И ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	219
6.1. Клинико-психопатологические проявления психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий	219
6.2. Сравнительный анализ психических расстройств и ассоциированных с ними факторов у ветеранов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях и военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях	226
6.3. Связь проявлений ПТСР с другими психопатологическими симптомами и синдромами у участников и ветеранов боевых действий	227
6.4. Связь психической патологии с неблагоприятными факторами боевой обстановки и мирного времени	229
6.5. Связь психических нарушений у участников боевых действий с мотивацией к продолжению службы	233
6.6. Нарушения поведения: суицидальные попытки и агрессивные действия	234
6.7. Контузии: связь с другими патогенными факторами и психопатологические последствия	235
6.8. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость	236
6.9. Диагностика психических расстройств	237
6.10. Лечение психических расстройств у участников боевых действий	244
ВЫВОДЫ	247
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	252
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ	255
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	256
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	258
ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 3.	293
ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 4.	322
ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 5.	352
ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 6.	353

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Настоящее время характеризуется самым значительным после Второй мировой войны масштабом военных конфликтов, в связи с чем возрастает число людей с ближайшими и отдаленными последствиями боевого травматического стресса [Brewin C. R., 2025; Magruder K.M., 2016]. Систематический обзор и метаанализ глобального бремени посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в странах, пострадавших от войны, выявили его общую распространенность среди населения в 26,5% [Норрен Т.Н., 2021]. Считается, что именно травмирующие события военного времени представляют собой основной источник ПТСР в популяциях стран, население которых вовлекается в боевые действия [Perkonigg A., 2000; Prigerson H.G., 2002; Schnurr P.P., 2013]. Симптомы ПТСР имеют до 50 % всех ветеранов войн [Литвинцев С.В., 1994; Berge, E. E., 2020; Magruder K.M., 2016]. Установлено отличие частоты, длительности течения и клинических проявлений постстрессовых расстройств у ветеранов войн от ПТСР у лиц, переживших травмирующий стресс в мирное время [Andrews B., 2007; Berge, E. E., 2020; Magruder K.M., 2016].

В развитии психических расстройств у участников войн, наряду с травматическим психическим стрессом отводятся различным факторам риска: биологическим, индивидуально-психологическим, социально-психологическим условиям и дополнительным стрессорам мирного времени [Снедков Е.В., 1997, 1999; 2003; Bryant R.A., 2011; Dobson M., 1997; McNally R.J., 2003; Nock M.K., 2001; Orcutt H.K., 2002; Shear K.M., 2002]. При этом отмечается, что далеко не у всех людей, переживших влияние одного и того же стрессового события, развивается ПТСР [López-Ibor J., 2006; Magruder K.M., 2016]. Важной предпосылкой боевой психической патологии в отечественной психиатрии издавна считается травма головного мозга, вызванная воздействием взрывной волны [Гиляровский В.А., 1944, Гуревич М.О., 1948; Снежневский А.В., 1947; Тимофеев Н.Н., 1945].

Разными авторами указывается, что признаки ПТСР могут как ослабевать в течение ближайших пяти лет после травмы, так и сохраняться или рецидивировать на протяжении многих лет и даже десятилетий после участия в боевых действиях [Лыткин В.М., 2002; Berge, E. E., 2020; Bramsen I., 1999; Breslau N., 1998; Chapman C., 2012; Eisen S.A., 2004; Lee K.A., 1995; Williamson V., 2018, 2022].

Наряду с характерными симптомами ПТСР, ветераны войн имеют сопутствующие психические нарушения [Kaufman M.L., 2002; Perkonigg A., 2000; Sampson L., 2015]. Существенное место среди психопатологических проявлений ПТСР у ветеранов войн занимают изменения аффективной сферы и трансформации личности, которые обуславливают высокий

риск агрессивного поведения [Волошин В.М., 2005; Лыткин В.М., 2002; Магомед-Эминов М.Ш., 1998; Снедков Е.В., 1997, 2007; Фастовцов Г.А., 2009; 2011; 2022]. Одним из самых частых коморбидных нарушений считается депрессия – ее признаки обнаруживают более трети ветеранов [Marmar C. R., 2015].

Приводятся противоречивые сведения о распространенности боевого ПТСР в разных популяциях и разные периоды времени. Например, по разным данным, среди американских ветеранов частота боевого ПТСР на момент изучения колеблется от 2,2% до 17,1%, а его распространенность в течение жизни – от 6% до 45,7%; частота ПТСР среди английских участников боевых действий в Ираке находится в пределах 3–6%; среди голландских ветеранов боевых действий в Афганистане в 2005-2011 годах спустя 10 лет ПТСР диагностировалось у 8%, тогда как отдельные симптомы ПТСР имели место у 27,4% [Koenen K.C., 2003; Milliken C.S., 2007; Richardson L.K., 2010; van der Wal S. J., 2020]. Исследования 2002 года в США выявили признаки ПТСР у 27,8% обследованных [Prigerson H.G., 2002], в 2012 году – у 10,5% ветеранов, которые находились на театре военных действий [Magruder K.M., 2016], в 2019-2020 гг. – развернутое ПТСР у 2% и подпороговое ПТСР у 10% обследованных [Moyle J., 2022].

Замечено, что частота выявления психических расстройств у участников и ветеранов войн зависят не только от конкретных факторов боевой обстановки, но и от принятых диагностических подходов, организационных структур, этапности и содержания психиатрической и медико-психологической помощи [Литвинцев С.В., 1994; 2002; Тимофеев Н.Н., 1962; Magruder K.M., 2016].

Степень разработанности темы исследования. Вместе с тем на протяжении последних примерно сорока лет при анализе психопатологических последствий боевого стресса предпочтение чаще всего отдается исследованию феноменологии, клинических вариантов и динамики посттравматического стрессового расстройства, его сравнению с ПТСР у других категорий больных [Волошин В.М., 2005; Сукиасян С.Г., 2019; 2020]. Изучение иных вариантов психической патологии у ветеранов войн за рубежом проводится почти исключительно через призму концепции коморбидности [Bryant R.A., 2011; Compean E., 2019; Feinstein A., 2002; Ivezić S., 2000; Kaufman M.L., 2002; Perkonig A., 2000]. Описание отличных от ПТСР клинических форм последствий боевой психической травмы, которые выходят за рамки феноменологии ПТСР, осуществляется лишь отечественными исследователями [Александровский Ю.А., 2021; 2025; Ахмедова Х.Б., 2004; Литвинцев С.В., 1994, 2005; Лыткин В.М., 2024; Снедков Е.В., 1997, Шамрей В.К., 2015, 2020, 2023]. При этом остается не вполне изученным значение в возникновении различных психических расстройств отдельных патогенных факторов военного и мирного времени. Лишь последние годы появились

сообщения о сопряженности симптомов последствий черепно-мозговой травмы (postconcussive symptoms) и ПТСР, а также высоком риске стрессовых расстройств у лиц, перенесших травмы мозга [Garber B.G., 2014; Kennedy J.E., 2007; Koren D., 2006; Ruff R.L., 2012; Schneiderman A.I., 2008; Taylor B.C., 2012]. До сих пор незначительным остается число работ, посвященных изучению психотических расстройств у участников боевых действий и ветеранов [Brewin C.R., 2010; Compean E., 2019; Frueh B.C., 2002; Kozarić-Kovacic D., 2005; Shear K.M., 2002; Zlotnick C., 2002]. Имеются противоречивые сведения о частоте наркологической патологии и ее связи со стрессовыми расстройствами [Baker D.G., 2009; Dworkin E. R., 2018; María-Ríos C. E., 2020; Milliken C.S., 2007; Seal K.H., 2009; Straus, E., 2018; Williamson V., 2018]. Остаются неизученными клинические проявления и взаимные связи психических расстройств, которые возникают в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий и ведут к тяжелой психической дезадаптации и необходимости лечения в специализированном психиатрическом стационаре. Предлагаемые средства лекарственной терапии исходят из результатов клинических испытаний ограниченного набора препаратов, которые, как показывает клиническая практика, не всегда эффективны при боевой психической патологии. Методы лечения тяжелых вариантов боевого ПТСР и других психических расстройств у ветеранов боевых действий остаются неразработанными.

Цель исследования. Разработать, научно обосновать и внедрить модель эффективной стационарной психиатрической помощи участникам и ветеранам боевых действий на основании анализа факторов риска, клинических вариантов боевой психической патологии и оценки методов её терапии.

Задачи исследования:

1. Установить взаимные отношения неблагоприятных факторов военного и мирного времени и их связь с ПТСР и другими психическими расстройствами у участников и ветеранов боевых действий, которые получают лечение в специализированном психиатрическом стационаре;
2. Исследовать клинические проявления и взаимные сочетания различных психических расстройств, развившихся непосредственно вследствие воздействия боевых стресс-факторов и на отдаленных этапах после участия в боевых действиях, у ветеранов, которые получают лечение в психиатрическом стационаре;
3. Разработать классификацию психических расстройств, которые имеют место у ветеранов боевых действий, получающих стационарную психиатрическую помощь в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий;

4. Выяснить связь агрессивного и аутоагрессивного поведения у военнослужащих участников боевых действий с факторами боевой обстановки и психопатологическими симптомами.
5. Определить диагностическое значение различных признаков ПТСР и психических нарушений, которые не входят в перечень критериев диагностики стрессовых расстройств, и разработать модели диагностики психических расстройств у ветеранов боевых действий;
6. Выяснить значение основных симптомов ПТСР, других психических нарушений и установленного диагноза для выбора схемы терапии у участников боевых действий, нуждающихся в лечении в психиатрическом стационаре, и разработать модель оказания стационарной психиатрической помощи с алгоритмами лечения различных вариантов психической патологии.

Научная новизна. Впервые проводится изучение психопатологической симптоматики и диагностированных психических расстройств у российских ветеранов, которые поступали на лечение в психиатрический стационар в ближайшем и отдаленном периоде после участия в боевых действиях. Впервые изучается весь спектр психических нарушений, их взаимосвязь и сочетанное течение и предлагается классификация психических расстройств у ветеранов боевых действий. Исследуется комплекс факторов, включающий как боевые стрессоры, так и неблагоприятные факторы мирного времени, участвующие в развитии ПТСР и других психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий. Устанавливаются анамнестические и клинические предикторы диагностики стрессовых и других психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий, проходящих лечение в психиатрическом стационаре. Проводится анализ эффективных схем и методов терапии всего спектра психических расстройств у ветеранов, получающих лечение в психиатрическом стационаре. Разработана модель оказания стационарной психиатрической помощи участникам и ветеранам боевых действий с дифференцированными алгоритмами терапии психических расстройств, возникающих в связи с воздействием патогенных факторов боевой обстановки.

Теоретическая и практическая значимость работы. Получены новые данные о клинических проявлениях психических расстройств у ветеранов локальных войн, нуждающихся в лечении в психиатрическом стационаре. Определены особенности взаимных связей патогенных факторов и клинических вариантов психических расстройств у участников боевых действий в ближайшее время и ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Выявлены взаимные связи между реакциями боевого стресса и психическими расстройствами, возникающими спустя время после участия в боевых действиях. Выявлены психопатологические особенности психической патологии у ветеранов локальных войн в

ближайшем и отсроченном периоде после воздействия боевых стресс-факторов. Изучены взаимные связи симптомов и среди них выделены диагностические признаки психических расстройств, развивающихся на разных этапах после участия в боевых действиях. Разработана модель оказания стационарной психиатрической помощи участникам и ветеранам боевых действий с алгоритмами диагностики и лечения психических расстройств, возникающих в связи с воздействием комплекса боевых патогенных факторов.

Основные положения, выносимые на защиту

1) В возникновении и развитии психических расстройств у участников боевых основное значение имеет воздействие комплекса патогенных факторов боевой обстановки, тогда как в развитии и персистировании психических расстройств в отдаленном периоде после боевых действий, значительную роль играют неблагоприятные факторы послевоенного времени. Различные психические расстройств у участников и ветеранов боевых действий обнаруживают связь с отдельными боевыми факторами риска, факторами индивидуальной предрасположенности или неблагоприятными обстоятельствами послевоенного времени.

2) Психопатологические последствия боевого травматического стресса охватывают широкий спектр симптомов и синдромов, которые выходят за рамки критериев диагностики ПТСР. При этом симптомы-признаки ПТСР образуют группу облигатных проявлений психической реакции на воздействие комплекса боевых стрессоров и у ветеранов образуют характерные сочетания. Наряду с ними в клинической картине психических нарушений у ветеранов, которые поступают на лечение в психиатрический стационар в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий, выражены депрессия, хронические тревожные и другие невротические нарушения, последствия черепно-мозговой травмы, алкогольная зависимость и психотические расстройства. Сочетаясь с признаками ПТСР, они, как правило, преобладают в психопатологической картине, в главной мере определяют тяжесть болезненного состояния.

3) Структура психопатологических последствий боевой психической травмы у ветеранов, поступающих на стационарное лечение в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий, преимущественно представлена различными клиническими вариантами ПТСР, другими невротическими, депрессивными и связанными с травмой головного мозга органическими психическими расстройствами. Психотические расстройства и наркологическая патология возникала и развивалась вне связи с воздействием боевых патогенных факторов и развитием симптомов ПТСР.

4) Нарушения поведения у участников и ветеранов боевых действий обусловлены преимущественно перенесенными контузиями, свойственными боевому ПТСР и органическим психическим расстройствам аффективной неустойчивостью.

5) В диагностике психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий приоритетными являются наиболее выраженные в клинической картине депрессивные, тревожные, диссоциативные симптомы и признаки органической психической патологии, тогда как наиболее распространенные у ветеранов облигатные симптомы ПТСР в значительно меньшей степени определяют тяжесть психической патологии и служат клиническими маркерами разнообразных психопатологических последствий боевой психической травмы.

6) Показаниями для лечения в психиатрическом стационаре является не столько сами по себе симптомы ПТСР, как проявления аффективной неустойчивости с агрессивностью, депрессивная симптоматика, тяжелые диссоциативные нарушения, психопатологические последствия контузий и психотические расстройства. Лекарственная терапия ветеранов боевых действий в условиях психиатрического стационара направлена на коррекцию доминирующей психопатологической симптоматики – выраженных тревожно-невротических нарушений, депрессии, в том числе тяжелой депрессии, эмоциональной неустойчивости и расстройств поведения. Поэтому применяемые на практике схемы терапии включают, наряду с рекомендуемыми СИОЗС и ИОЗСН, высокопотентные лекарственные средства, такие как трициклические антидепрессанты и антипсихотики первого и второго поколений. Психотерапия ближайших последствий боевой психической травмы в условиях стационара включает преимущественно краткосрочные методы.

Степень достоверности и апробация работы.

Дизайн и структура исследования одобрены Локальным этическим комитетом ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» (протокол № 259 от 24.08.2022 г.) и Этическим комитетом ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ (протокол № 6 от 11.10.2022 г.)

Степень достоверности проведенного исследования обеспечивалась лично автором на протяжении всего исследования и достигалась путем проведения клинико-психопатологического анализа репрезентативной выборки (391 участника боевых действий, которые получали лечение в специализированных психиатрических стационарах, из них 140 госпитализированных в психиатрический стационар в течение ближайших 30 дней после участия в боевых действиях, 251 ветеран, поступивший на лечение в психиатрический стационар спустя шесть месяцев и более после участия в боевых действиях).

Для обеспечения обоснованности экстраполяции полученных результатов на генеральную совокупность участников и ветеранов боевых действий, получавших лечение в психиатрическом стационаре, проведена статистическая обработка данных, которая позволила сделать заключение о правомерности предложенных выводов.

Результаты исследований положены в основу Клинических рекомендаций Российского общества психиатров 753_1, утвержденных Минздравом РФ в 2023 году, методических рекомендаций Департамента здравоохранения Москвы, изложены в 5 монографиях, 11 учебных и методических пособиях, в 3 руководствах для врачей, включены в цикл лекций по программам дополнительного профессионального образования по специальности «Психиатрия» на кафедре психиатрии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «РОСБИОТЕХ», на кафедре психического здоровья Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, в учебном центре ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». Результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГБУЗ Московской области «ПБ № 5», ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». В практической деятельности врачей-психиатров и психиатров-наркологов используются методологические подходы к организации психиатрической помощи, диагностике психических нарушений, медицинскому освидетельствованию ветеранов войн, военно-врачебной и медико-социальной экспертизе, а также лекарственной терапии.

Для обеспечения правомерности экстраполяции полученных результатов на весь контингент больных ППЭ шизофрении была проведена статистическая обработка данных, которая позволила сделать заключение о правомерности и обоснованности результатов, а также валидности предложенных выводов.

Основные положения работы доложены и обсуждены на 4-й Всероссийской научно-практической конференции «Современные подходы к медико-психологической реабилитации лиц опасных профессий» (Москва, 2004); на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии» (Санкт-Петербург, 2005); на XIV Съезде психиатров России (Москва, 2005); на 4-м Всероссийском научном симпозиуме «Боевой стресс, механизмы стресса в экстремальных условиях» (Москва, 2005); на Российской конференции с международным участием «Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения» (Москва, 2005); на Конференции «Ведущий многопрофильный госпиталь страны: основные функции, достижения и направления развития» (Москва, 2006); на Всероссийской конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий» (Москва, 2008); на Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии» (Санкт-Петербург, 2009); на XV съезде психиатров России

(Москва, 2010), на 10-й Всероссийской научно-практической конференции «Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий» (Москва, 2012), на 6-м Российском конгрессе с международным участием «Физическая реабилитация и медицина» (Москва, 2022), на Всероссийской научно-практической конференции «Реабилитация в психиатрии» (Москва, 2023), на IX научно-практической конференции с международным участием «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии» (Москва, 2023), на Научно-практической конференции «В третьем столетии в ногу со временем» (Московская область, г. Чехов, 2023), на 8-й Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения» (Москва, 2023), на 9-й Всероссийской научно-практической конференции «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы и возможные пути решения» (Москва, 2024), на XIV-й Всеармейской научно-практической конференции по болезням органов дыхания «Актуальные вопросы пульмонологии и военно-полевой терапии» (Москва, 2024), на Международной конференции «Научно-методологические основы психологической помощи и междисциплинарного сопровождения ресоциализации, реабилитации и реадaptации ветеранов и участников боевых действий, членов их семей и других затронутых категорий населения» (Москва, 2024), на научно-практической конференции «Междисциплинарные вопросы оказания комплексной помощи при пограничных психических расстройствах» (Москва, 2025); на Первом Узбекско-российском форуме с международным участием «Охрана психического здоровья на Евразийском пространстве: глобальные цели и действия» (Бухара, 11 октября 2025); на Научно-практической конференции «Интегративная психиатрия: клинический и нейробиологический подходы для лучшей диагностики и терапии» (Москва, 15 апреля 2026); на II Всероссийской научно-практической конференции «Перспективные организационные формы оказания медицинской помощи при психических расстройствах» (Москва, 28 мая 2026).

Публикации. По материалам исследования опубликованы 52 печатные работы, в том числе 30 – в периодических научных изданиях, из них 24 статьи – в рецензируемых журналах, входящих в международные базы данных и в перечень ВАК, а также патент на промышленный образец и свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 356 страницах, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы, приложений. Работа иллюстрирована 21 клиническим примером, содержит 26 рисунков и 97 таблиц. Список литературы включает 421 источник, в том числе 110 на русском и 311 на иностранных языках.

Глава 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Психопатологические проявления психических расстройств, возникающих у участников боевых действий

Начало систематического исследования психологических и психопатологических последствий участия в военных действиях примерно совпадает с этапом становления научной психиатрии. Сначала это были лишь краткие описания «ностальгии» Йоханнесом Хофером (J. Hofer, 1688) и Юзефом Ауэнбрюггером (J. Auenbrugger, 1761) у насильно рекрутированных юных швейцарцев и австрийцев [Марченко А.А., 2015]. Спустя 100 лет – сведения из отчетов медицинской службы, в которых указывалось на возрастание в период франко-прусской войны 1870-1871 годов числа солдат с психическими расстройствами [Рончевский С.П., 1941]. Однако самый подробный и весьма научный по меркам своего времени анализ клинических проявлений боевой психической патологии был представлен в теперь уже знаменитой публикации Джейкоба Мендеса Да Косты (J. M. DaCosta, 1871) «О болезненно раздраженном сердце» («On irritable Heart»), в которой он сообщил о наблюдавшихся им у 400 солдат - участников гражданской войны в США (1861–1865 гг.) симптомах тревоги, утомляемости и множестве, как мы бы сейчас сказали, соматоформных нарушений [Bremner J. D., 2020; Pollard H. B., 2016; Wooley C. F., 1982]. Наблюдавшуюся тогда психосоматическую патологию чуть позже, в 1883 году, подтвердил в своей работе главный хирург (главный врач) армии США Виллиам А. Хаммонд (W. A. Hammond) [Bremner J. D., 2020; Pollard H. B., 2016]. Во время англо-бурской войны (1899–1902 гг.) большое количество британских военнослужащих были демобилизованы с диагнозом «нарушение работы сердца», которое считалось следствием физической нагрузки на грудную клетку солдата, сдавленную тугой одеждой и снаряжением [Jones E., 2006].

В Европе изучение психических и физических феноменов в контексте последствий эмоциональных потрясений, в том числе военного времени, началось с трудов В. Гризингера (W. Griesinger, 1861, 1892) и Х. Оппенгейма (H. Oppenheim, 1889). Гризингер впервые отметил, что сотрясение мозга и психический шок в результате травмы головы могут вызвать одинаковые последствия. Оппенгейм примерно в то же время начал использовать понятие «травматического невроза» [Снедков Е.В., 1997, 2007; Сукиасян С.Г., 2019]. Последний термин в первой трети XX века стал одной из основных диагностических категорий, которая применялась наряду с введенными спустя десять лет Э. Крепелином (E. Kraepelin) понятиями «невроз страха» или «невроз испуга» («schreckneurose») [Тарабрина Н.В., 2001].

История развития научных взглядов на психопатологические проявления, клиническую динамику, предпосылки и механизмы развития боевых стрессовых расстройств в конце XIX –

первой половине XX веков подробно и последовательно изложены в трудах отечественных военных психиатров [Литвинцев С.В., 1994, 2002; Марченко А.А., 2015; Снедков Е.В., 1997, 2007, 2009, 2012, Сукиасян С.Г., 2019, 2020; Фастовцов Г.А., 2007, 2009]. Из них следует, что до середины XX столетия изучение психической патологии у участников войн концентрировалось на наиболее выраженных и видимых на глаз особенностях – предъявляемых жалобах и броских отклонениях в поведении. То, какие психические расстройства замечались и анализировались, определялось следующими обстоятельствами: уровнем развития общественного сознания и только начинающимся распространением идей гуманизма в отношении к переживаниям отдельного человека, степенью развития наук о человеческой психике, ограниченным числом врачей-специалистов и характером организации всей медицинской помощи. Поэтому в публикациях того времени освещались преимущественно психотические расстройства, тяжелая органическая психическая патология, а также истерические нарушения. Последние казались наиболее частыми, так как на рубеж XIX-XX веков приходится становление учения о психогенных психических расстройствах и, особенно, истерии. В её контексте почти все «психогенные» у ветеранов объяснялись конверсией, диссоциацией, «условной желательностью», «волей к болезни» и даже с самовнушением, которое лечится убеждением. При этом истерия отличалась от симуляции лишь «степенью сознательности целевой установки». Со временем понятие «истерии» охватывало широчайший спектр психических нарушений – нейровегетативные дисфункции, фобические, соматоформные расстройства, личностные и поведенческие аномалии, а также «психические эпидемии» [Литвинцев С.В., 2005, Снедков Е.В., 2009, 2012, Сукиасян С.Г., 2019, 2020; Фастовцов Г.А., 2020]. В результате господства «истерической» гипотезы происхождения боевой психической патологии в принятой на конгрессе немецких психиатров классификации Э. Крепелина психоневрозы войны были обозначены как «состояние протеста против фронтовой службы» [Рончевский С.П., 1941].

Однако военно-психиатрический опыт со временем позволил сузить границы истерических расстройств, увидеть широкий спектр иных психических нарушений, в том числе невротического регистра. В происхождении психической патологии военного времени ведущую роль они отдавали чрезвычайно сложной жизнеопасной обстановке и предельному психическому напряжению. Сами эти расстройства называли психогенными, описывали многообразные их проявления, а «травматический невроз» считали «комбинированным заболеванием нервной системы» [Бехтерев В.М., 1914/1915; Грейденберг Б.С., 1918; Fray I., 2002].

Анализируя последствия войн первой половины XX века, отечественные психиатры отмечали у ветеранов развитие изменений личности и агрессивного поведения [Бехтерев В.М.,

1914/1915; Краснушкин Е.К., 1924; Розенштейн Л.М., 1924]. Обобщая опыт войны, В.М. Бехтерев (1914/1915) отмечал, что для психических расстройств военного времени характерна тревожно-депрессивная окраска психических нарушений и высокая частота brutальных эксплозивных вспышек.

Симптомы, которые теперь считаются признаками посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), также выявлялись у участников обеих мировых войн. Например, А.В. Тимофеев в 1915 году, Е.К. Краснушкин в 1945 и А.В. Снежневский в 1947 году описывали амнезию за счет аффектогенного сужения сознания и долгое время повторяющиеся кошмарные сновидения и непроизвольные воспоминания, которые сопровождаются физически ощущаемым чувством тревоги.

Ключевое значение в понимании клинических проявлений и механизмов развития психогенных расстройств имели идеи Карла Ясперса (K. Jaspers, 1913, 1997). В главном труде своей жизни «Общая психопатология» он отметил три основных признака «психических реакций»: 1) «повод... адекватный данному состоянию»; 2) «понятная связь между содержанием переживания и содержанием аномальной реакции»; 3) «после исчезновения повода аномалия с течением времени сходит на нет». В той же главе «Общей психопатологии» Ясперс подчеркивал, что психические реакции могут быть весьма индивидуальными – у некоторых людей они не возникают даже после психических травм исключительной тяжести, а возникшие реакции могут оставаться долгое время после прекращения действия причины, их вызвавшей. Тем не менее, и раньше и сейчас не подвергаются сомнению первый и второй тезисы, что для развития реакции необходим адекватный повод и между содержанием аномальной реакции и содержанием травмирующего переживания должна быть понятная связь. Первый тезис Ясперса лег в основу первого критерия диагностики ПТСР и др. расстройств, связанных со стрессом: «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, имеют прямое отношение к воздействию стрессогенного или травмирующего события, или серии таких событий». Второй тезис находит отражение, например, в сюжете симптомов повторного переживания, избегания и возбудимости – феноменологических критериев диагностики ПТСР по МКБ-10, МКБ-11 и DSM-V [Психические расстройства..., 2003; МКБ-11..., 2021; Diagnostic..., 2013].

Врачи всех воюющих армий столкнулись с небывалым числом солдат, получавших травмы головного мозга различной тяжести. Предпринимались попытки разделить «контузию от разрыва снаряда», представляющую собой неврологическое расстройство, и «снарядный шок» («shell shock»), который вызывается сильным стрессом от артиллерийских обстрелов [Тарабрина Н.В., 2001].

Уже в начале Великой Отечественной войны в советской медицине термин «травматический невроз» был вытеснен собирательным понятием «контузия». В данную рубрику стали включать все формы боевой психической патологии, вне зависимости от преобладания в клинике «органических» или «функциональных» нарушений [Зайцев Р.З., 1995; Осипов В.П., 1944; Тимофеев Н.Н., 1947, 1948]. При этом Г.Е. Сухарева (1945, 1949) отвергала возможность четкого размежевания биологической и психологической составляющей и указывала на смену фаз возбуждения, угнетения и вегетативного истощения в динамике реактивных состояний. В армиях союзников сохранялось применявшееся и ранее понятие «shell-shock syndrome» (буквально «синдром снарядного шока»). В этом понятии также синтезировались факторы контузии и аффективной реакции на взрыв [Снедков Е.В., 1997; Lamprecht F., 2002].

Наиболее полное разъяснение понятию «контузия» дал в 1945 году главный психиатр Красной армии Н.Н. Тимофеев: «В группу контуженных относили, обычно, лиц, получивших закрытую травму мозга в результате взрыва снаряда. Сложность патогенеза закрытой травмы определяется не только множественностью патогенных факторов, входящих в комплекс взрыва (механическое воздействие на организм, перепады давления, чрезмерной силы звуковое раздражение и т.д.), но и сопутствующим воздействием других вредностей боевой обстановки: психической травматизацией, переутомлением, недосыпанием, недоеданием, большим моральным и физическим напряжением. Описанные выше полиэтиологичность и сложность патогенеза определяют особенности течения закрытой травмы мозга, полученной в боевой обстановке, и своеобразие клинической картины, в которой выявляется единство органических, функциональных и психогенных нарушений. Этим объясняется потребность в ином обозначении закрытой боевой травмы мозга, столь отличной от травмы мирного времени. Пользоваться термином «контуженный» следует по аналогии с понятием «больной» и «раненый». Этим снимается возражение против пользования термином «контуженный» в силу того, что «он не отражает ни этиологической сущности, ни патогенетической природы заболевания», так как тогда по этим соображениям следовало бы отказаться от пользования терминами «больной» или «раненый» [Тимофеев Н.Н., 1945]. Таким образом, смешанный характер патогенетических механизмов, относительная общность клинических проявлений БПТ и единство подходов к оказанию помощи, показавшее свою эффективность предопределяли использование простой диагностической категории, которая обеспечивала единство лечебно-организационных и экспертных подходов [Снедков Е.В., 2012; Тимофеев Н.Н., 1945].

В связи с наличием у перенесших контузии различных конверсионных нарушений высказывались представления об «истероорганических сочетаниях». При них преходящие

«органические» симптомы взрывной акубаротравмы по механизмам «условной желательности» могут подвергаться более или менее стойкой «истерической фиксации». Причем у разных пострадавших на разных этапах болезни отмечалось преобладание либо органических, либо психогенных признаков [Иванов Ф.И., 1964, 1974; Краснушкин Е.К., 1945; Тимофеев Н.Н., 1962; Шамрей В.К., Савенков В.П., 1995].

Давно замечалось, что психогенные симптомы порой манифестировали не в бою, а спустя некоторое время, часто под воздействием стимулов, ассоциированных с травмирующим воздействием (например, трагических известий или по мере приближения выписки на фронт) [Иванов Ф.И., 1970; Краснушкин Е.К., 1945; Сухарева Г.Е., 1945; Снедков Е.В., 1997; Шамрей В.К., 1995]. Соответственно, чем дальше пострадавшие удалялись от фронта в тыл, тем чаще встречались затяжные психические нарушения. В отношении данного явления использовались понятия «лазаретной истерии», или «синдрома эвакуации», порожденных ожиданием повторения опасности и смутным желанием избежать ее [Канторович Н.В., 1967; Краснушкин Е.К., 1945; Glass A.G., 1954; Kardiner A., 1947]. При этом отмечалось, что «в противоположность шокowym реакциям, беспорядочно расточительным в клинических проявлениях в отношении сил организма, ... истерические реакции, как все идеогенно обусловленные действия, обнаруживают тенденцию к экономии в своих проявлениях» [Краснушкин Е.К., 1945].

По сравнению с большим числом психических расстройств органического и невротического регистров, реактивные психозы во время Великой Отечественной войны были довольно редки [Иванов Ф.И., 1970; Литвинцев С.В., 1994, 1997; Снедков Е.В., 1997]. Клинико-психопатологическая характеристика психозов военного времени приведена в отдельном разделе данного обзора.

Во время второй мировой войны психиатрами США при характеристике психических нарушений, возникающих в прямой связи с факторами боевой обстановки, начали использоваться новые понятия – «боевое истощение» (combat exhaustion) и «боевая усталость» (combat fatigue). Ими обозначали широкий спектр психических реакций на травмирующее и истощающее влияние боевой обстановки – тревогу, депрессию, состояния страха, психосоматические нарушения [Bartemeier L.H., 1946; Bricknell M.C., 2023; Corvalan J.C., 2011; Glass A.J., 1969; Jones E., 2000; Jones E., 2006; Yeo I.S., 2023]. Их появление основывалось на представлении о наличии у каждого участника боевых действий предела переносимости военных условий, превышение которого ведет к психической дизадаптации. Это подразумевало с одной стороны то, что боевые стрессоры могут быть настолько выраженными, что влекут за собой появление невротической симптоматики практически у любого военнослужащего, а с

другой – позволяло рассматривать боевые стрессовые расстройства в качестве условной (ситуационной) нормы. При этом момент «поломки» зависит как от изначальной психической сопротивляемости, так и от напряжённости боевой обстановки. Важными признаками надвигающегося срыва стали считать различные эмоциональные, невротические отклонения и особенно нарушения дисциплины [Руководство по контролю..., 1999].

В заключении комиссии американских специалистов, созданной с целью обобщения опыта военной психиатрии во второй мировой войне, указывалось что психопатология, наблюдаемая в переднем эшелоне войск, имеет картину «временной психологической дезорганизации, не соответствующей ни одной из лёгких или выраженных форм традиционных психиатрических синдромов» [Bartemeier L.H., 1946], и в «Перечне диагнозов и методов диагностики», опубликованном министерством обороны США 19 октября 1945 г., получила название «боевое истощение» («combat exhaustion») [Jones F.D., 1995].

Одним из результатов изучения клиники психической патологии у участников второй мировой войны и Корейской войны (1950-1953 гг.) стало внесение в 1952 году в первую версию американского «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-I) диагностической рубрики «реакция на тяжелый стресс» («gross stress reaction»). Указывалось, что подобная реакция может возникнуть, когда индивид подвергался серьезным физическим испытаниям или исключительному эмоциональному (в том числе боевому) стрессу, что у изначально нормального субъекта развиваются преимущественно транзиторные реакции, что при условии своевременности и адекватности лечения они чаще всего проходят, но при затягивании – прогрессируют в сторону одного из невротических расстройств, что реакция на стресс служит основанием для временного диагноза, принимаемого во внимание только до момента установления более определенного психического расстройства [Jones F.D., 1995].

Примерно в то же время в психопатологической картине хронического военного «травматического невроза» Абрам Кардинер (A. Kardiner, 1941, 1947, 1959), наряду с невротическими нарушениями, отмечал такие стойкие и типичные симптомы, как раздражительность, безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, фиксацию на обстоятельствах травмы, уход от реальности и предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям. Позже агрессивность и склонность к насилию, которые проявляются во время боев и уже после возвращения к мирной жизни, описывались как нередкий спутник боевой психической патологии [Сидоров П.И., 1999; Литвинцев С.В., 1997; Nock M.K. 2001].

Совпавшие во времени достижения в области пограничной психиатрии и массово наблюдавшиеся у ветеранов первой мировой и, особенно, второй мировой войны психические

нарушения предопределили развитие учения о ближайших и отсроченных психопатологических последствиях боевой психической травмы. При этом в нашей стране интерес был сосредоточен на изучении органической психической патологии после перенесенных ранений и травм головного мозга [Гуревич М.О., 1948; Серейский М.Я., 1945, 1948; Снежневский А.В., 1947; Тимофеев Н.Н., 1948, 1962].

Во втором издании американского «Руководства» (DSM-II, 1968г.) термин «реакция на тяжелый стресс» был заменен понятием «приспособительная реакция взрослого» («adjustment reaction of adult life»). Данная рубрика входила в общую категорию «преходящих ситуационных расстройств» («transient adjustment disorders»), которая объединяла более или менее транзиторные расстройства разной степени тяжести, включая психотические. В плане прогноза болезни указывалось, что «если пациент обладает хорошей адаптивной способностью, симптоматические проявления уменьшаются по мере ослабления стресса». Если же симптомы продолжали оставаться после устранения стресса, ставился диагноз иного расстройства, не связанного с психическим стрессом, что подразумевало примат психопатологической predisposition всех затяжных и хронических психических нарушений [Jones F.D., 1995].

После опубликования DSM-III (1980 г.) клиницист уже мог отнести «реакцию на боевой стресс» («combat stress reaction») как в категорию «приспособительных расстройств» («adjustment disorder»), определяемую такими состояниями, как «депрессивное настроение», «состояние патологического страха», так и в категорию ПТСР. Разделение ПТСР на острые (продолжительность симптомов или их начало менее чем через 6 месяцев после травмирующего события), хронические (продолжительность 6 месяцев и более) и отсроченные (появление, по крайней мере, через 6 месяцев после травматического события) подразумевало, что мы имеем дело с длительным нарушением психического равновесия, возникающим в результате психологической травмы [Jones F.D., 1995].

В DSM-III-R (1987г.) и DSM-IV (1994г.) среди признаков ПТСР указывалась продолжительность симптомов – более одного месяца. Таким образом, ПТСР представляет собой более долговременную и отсроченную реакцию на стресс. Такое уточнение предположительно имело целью разграничение с категорией «преходящее ситуационное расстройство» («transient situational disturbance»).

Наблюдение большого числа психических нарушений в ближайшее время после воздействия травмирующего стресса привело к включению в DSM-IV 1994 года выпуска новой диагностической рубрики – острое стрессовое расстройство (Acute stress disorder), признаки которого все чаще описываются у участников боевых действий [Fillion J.S., 2002]. Эта диагностическая категория описывает реакции на травмирующий стресс, возникающие в

течение первого месяца после травмы [Bryant R.A., 2003; Bryant R.A., 2011], продолжают, по крайней мере, два дня и вызывают клинически значимый дистресс [Jones F.D., 1995]. Установлено, что у многих людей (до 80%) ОСР становятся предиктором последующего развития ПТСР [Brewin C.R. 2003; Bryant R.A., 2003; Classen C., 1998; Harvey A.G., 1999, 2000]. Более известная и проверенная диагностическая рубрика ПТСР уже вошла в Международную классификацию болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В отношении эквивалентных ПТСР расстройств, возникающих вследствие влияния боевого стресса, применяется понятие боевого ПТСР (combat-related PTSD) [Glenn D.M., 2002; Hull A.M., 2002; Solter V., 2002].

Ф.Д. Джонес (F.D. Jones, 1995) считает, что к категории «острое стрессовое расстройство» следует относить пациентов с боевой усталостью, которым требуется восстановление в течение 2-3 дней на сортировочно-эвакуационных пунктах. ОСР также включает тех, кому необходимо «рекондиционирование» от одной до четырех недель далее в тылу. В DSM-IV также отмечается, что некоторая симптоматика, появляющаяся вслед за сильным стрессовым воздействием, повсеместна и часто не требует какого-либо диагноза. Это может быть применимо к участникам активных боевых действий, которых можно оставить в своем подразделении, перевести на одно-двухдневный отдых во вспомогательное подразделение немедицинского профиля или после выздоровления вернуть к исполнению служебных обязанностей после всего лечения (24-36 ч) в передовой медицинской (эвакуационной) роте. Таким образом, в соответствии с DSM-IV реакции боевого стресса следует называть острым стрессовым расстройством.

ОСР и ПТСР включают в себя схожие диагностические признаки, меняется лишь обязательное число и интенсивность симптомов. Отличием также является специфичность для ОСР симптомов диссоциации [Brewin C.R., 2003]. Поэтому рядом исследователей высказывается сомнение, достаточно ли обоснованным является выделение диагностической единицы «острого стрессового расстройства», отличается ли оно от ПТСР, если не брать во внимание временного критерия – появления признаков ОСР в течение месяца после травмирующего события [Brewin C.R., 2003; Marshall R.D., 1999]. Причем наличие или отсутствие симптомов диссоциации не столь важно для дифференциального диагноза этих двух расстройств [Brewin C.R., 2003]. Однако диагностическая категория «острое стрессовое расстройство» помогает восстановить различие между преходящими реакциями на сильный стресс и более стойкими симптомами [Jones F.D., 1995].

Последние примерно полвека для обозначения психических нарушений, возникающих в боевой зоне, в армиях стран запада применяются обобщающие термины «боевая усталость» (battle fatigue) или «реакция боевого стресса» (combat stress reaction) [Руководство по

контролю..., 1999; Field Manual, 2006; Noy S., 2002]. При этом в основе этих понятий лежит идеология так называемой «нормальной поломки», а сами РБС понимаются как транзиторный кризис, возникающий под воздействием боевого стресса. Клинико-психопатологический анализ показывает, что в условиях локальной войны структура РБС представлена патологическими состояниями *предболезненного уровня* (реакции эмоционального напряжения (возбуждения) и преневротические реакции) и *нозологического уровня* (острые реакции на стресс, невротические, патохарактерологические реакции и острые транзиторные реактивные психозы) [Литвинцев С.В., 1997, 2005; Снедков Е.В., 1997, 1999, 2007]. В самых общих чертах о переходе РБС к нозологически очерченным болезненным расстройствам свидетельствуют: значительное снижение или утрата боеспособности; формирование определенного регистра психической патологии; синдромальное структурирование симптоматики; сохранение симптоматики вне действия стресс-факторов [Литвинцев С.В., 2005].

Клиника РБС или боевой усталости включает разнообразные симптомы, возникающие под действием боевых стрессоров. Обычно преобладают симптомы астении, тревоги, депрессии, реже – диссоциативные нарушения. В действительности встречается множество других симптомов: сверхнастороженность, раздражительность, гнев и ярость, тоска и чувство вины, невнимательность, потеря уверенности и веры в себя, бессонница, падение работоспособности, физический дискомфорт, оцепенение и неподвижность, безрассудные действия, ужас и паническое бегство, изнуренность и апатия, утрата навыков, расстройства речи, нарушения зрения, слуха и осязания, мышечная слабость и параличи. Чрезмерный боевой стресс может увеличивать заболеваемость, нарушая гигиену и защитные меры, а также ослабляя иммунитет. Его последствиями могут стать расстройства поведения, проявление агрессии и суицидальные действия. Боевой стресс способствует ошибкам в оперативных и тактических решениях, которые со временем могут увеличить потери [Solomon Z., 1990; Yitzhaki T., 1991].

В полевом руководстве (полевом уставе) армии США, в разделе «Контроль над боевым и оперативным стрессом» [Field Manual, 2006], все реакции, возникающие у военнослужащих в зоне боевых действий и выполнения военных миссий, разделены на 4 группы: 1) адаптивные стрессовые реакции; 2) РБС; 3) неприемлемое стрессовое поведение; 4) долговременные реакции на стресс. В трудах отечественных специалистов по боевой психической травме приводится примерно следующая систематика РБС: острые реакции на стресс; невротические реакции (расстройства приспособительных реакций или реакции, обусловленные расстройством адаптации); патохарактерологические реакции (расстройства адаптации с преобладанием нарушения поведения); острые, преимущественно транзиторные, психотические

расстройства [Литвинцев С.В., 2005; Снедков Е.В., 1999, 2003, 2007]. Однако, в общем, реакции боевого стресса (боевая усталость) могут принимать любые клинко-психопатологические формы [Руководство по контролю..., 1999].

Реакции боевого стресса (острые стрессовые расстройства) чаще возникают у неопытных солдат, впервые оказавшихся в бою и не прошедших боевую подготовку, или попавших в подразделения, где их не приветствовали и не хотели видеть [Руководство по контролю..., 1999; Field..., 2006; Jones E., 2006]. Однако даже бывалые и успешные солдаты могут быть измотаны длительным пребыванием в боевых условиях, обнаруживая «синдром старого сержанта» [Jones E., 2006; Shephard B., 2000].

Термины «боевое утомление» и «реакция боевого стресса» являются собирательными обозначениями всех вариантов острых реакций на боевые стрессоры. Они не позволяют синдромологически определить состояние, однако подчеркивает один из важнейших механизмов развития боевой психической патологии, дают возможность избежать в боевой обстановке множества понятий и терминов, по-разному понимаемых различными школами, подразумевают наличие обычной реакции на чрезмерное напряжение, и указывают на перспективу быстрого улучшения после предоставления отдыха. Напротив, специальные, сугубо психиатрические термины – «психоз», «невроз», «истерия», «конверсия» у пострадавшего создают впечатление о серьёзности заболевания, от того, кто оказывает первую помощь, требуют специальных знаний врача-психиатра. Кроме того в боевой обстановке психические реакции имеют полиморфную картину, а для их дифференциальной диагностики нет ни специалистов, ни времени [Краснушкин Е.К., 1944; Руководство по контролю..., 1999; Defayolle M., 1980; Field Manual, 2006; Jones F.D., 1995]. Поэтому термин РБС стал широко использоваться военными психологами и врачами разных армий, в том числе в медицинской службе Российской армии, для обозначения всех психопатологических реакций, которые возникают у участников боевых действий.

1.2. Психопатологические последствия минно-взрывной травмы головного мозга

Как отмечено выше, во время и сразу после двух мировых войн многими исследователями отмечалось, что проявления стрессовых расстройств часто сочетаются с психопатологическими последствиями черепно-мозговых травм [Гуревич М.О., 1948; Glass A.J., 1969; Lamprecht F., 2002], и многие из симптомов, ныне причисляемых к диагностическим признакам ПТСР, в середине прошлого века рассматривались в качестве симптомов органической психической патологии вследствие полученной минно-взрывной травмы [Гиляровский В.А., 1944; Снежневский А.В., 1947].

Как в прошлом, так и сейчас, дифференциальный диагноз между невротическими и неврозоподобными расстройствами в таких случаях затруднен из-за схожести клинических проявлений и частоты комбинации в военных условиях психогенного влияния с механической травмой мозга [Сухарева Г.Е., 1943; Тимофеев Н.Н., 1945]. Условность разделения психогенных и органических симптомов у ветеранов войн отмечал П.Б. Ганнушкин в 1926 г. В динамике «нажитой психической инвалидности» им выделены группы симптомов, которые по мере развития болезни сменяли друг друга: возбудимость и раздражительность, приступы депрессии и истерические расстройства и, наконец, спустя 2-4 года – «...стойкое, неизлечимое ослабление интеллектуальной деятельности» [Ганнушкин П.Б., 1926].

Диагностические трудности стали одной из предпосылок того, что в годы Великой Отечественной войны в Красной Армии для обозначения большинства психических расстройств, развившихся в боевой обстановке, стало применяться собирательное понятие «контузия». В него включались почти все формы боевой психической патологии, вне зависимости от преобладания т.н. «органических» или «функциональных» нарушений [Тимофеев Н.Н., 1945]. На лечение и восстановление боеспособности «контуженных» была ориентирована вся система оказания психиатрической помощи в Красной Армии. И она показала высочайшую эффективность: в 1944–1945 годах до 75% пострадавших с психическими расстройствами возвращались в строй [Лобастов О.С., 1985]. В последней четверти XX века в литературе, посвященной проблеме боевой психической патологии, возобладали психологические объяснения ее генеза, а данные о частоте черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и ее влиянии на развитие психических расстройств у ветеранов локальных войн встречались редко. Однако уже с первого десятилетия текущего века в зарубежных публикациях появились сообщения о высокой степени сопряженности симптомов последствий ЧМТ (post-concussive symptoms) и ПТСР, а также высоком риске стрессовых расстройств у лиц, перенесших травмы мозга [Gruenbaum B.F., 2014; Kennedy J.E., 2007; Koren D., 2006; Morissette S.B., 2011; Ruff R.L., 2012; Schneiderman A.I., 2008; Vasterling J.J., 2009; 2018]. Более того, ЧМТ умеренной тяжести или сотрясение мозга (mild traumatic brain injury/ concussion) стали называть «фирменной травмой» («signature injury») войны в Ираке и Афганистане [Taylor B.C., 2012]. Сообщается, что от 6,7% до 17% ветеранов этих военных операций в период командировки переносили ЧМТ умеренной тяжести, из них 56% сообщали, что получали более одного сотрясения мозга [Taylor B.C., 2012; Wilk J.E., 2012]. Среди ветеранов, которые переносили в боевой обстановке ЧМТ, у 52% отмечалась неврологическая симптоматика (neurological deficits), у 89% имелся какой-либо психиатрический диагноз, от 66% до 73% имели признаки ПТСР, в 50% случаев – комбинацию ПТСР и неврологических нарушений [Ruff R.L., 2012;

Taylor B.C., 2012]. Причем, по мнению ряда авторов, повторные травмы головного мозга повышали риск развития и ПТСР и появления неврологической симптоматики [Ruff R.L., 2012], становились предпосылкой более тяжелого течения ПТСР и депрессии [Morissette S.B., 2011]. Напротив, отсутствие черепно-мозговой травмы в анамнезе в пять раз снижало риск сочетания ПТСР с болевым синдромом [Taylor B.C., 2012]. В других исследованиях отмечается, что у ветеранов, переносивших ЧМТ умеренной тяжести, психосоциальные последствия в большей степени определяются имеющимися симптомами стрессовых расстройств, чем самой по себе травмой головы или ее неврологическими проявлениями [Polusny M.A., 2011]. Отмечается также, что повышение частоты симптомов ПТСР наблюдается лишь в случае ЧМТ легкой степени тяжести, тогда как травма головы с тяжелыми неврологическими последствиями, напротив, характеризуется весьма низкой встречаемостью стрессовых симптомов. В этой связи высказывается суждение, что психопатология у ветеранов, получавших на войне травмы головы легкой тяжести, обусловлены чаще воздействием психического стресса, чем непосредственно механической травмой мозга [Garber B.G., 2014, [Zatzick D.F.](#), 2010]. Одновременно в англоязычной литературе чаще стали обращать внимание на сложность дифференциальной диагностики, опирающейся на присутствие тех или иных признаков, которые традиционно относятся к функциональным или «неврологическим», и даже подчеркивать неспецифический характер психопатологической симптоматики, возникающей при ПТСР и невротоподобных расстройствах в рамках органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга [Morissette S.B., 2011; Wilk J.E., 2012]. Для объяснения частой коморбидности ПТСР и неврологических симптомов у ветеранов войн предложены разные объяснения. Во-первых, особенности боевой обстановки, предопределяют одновременное получение минно-взрывной травмы головного мозга и психологической травмы; во-вторых, особенности церебрального функционирования после черепно-мозговой травмы способствуют уязвимости индивида к дополнительному психотравмирующему воздействию [Ruff R.L., 2012]; в третьих, легкая травма головы может не оставлять после себя существенных последствий, а имеющиеся симптомы полностью обусловлены психотравмирующим воздействием [Garber B.G., 2014; Hoge C.W., 2008; [Zatzick D.F.](#), 2010]. Таким образом, реальные медицинские последствия войны заставляют вернуться к изучению боевой психической патологии, имеющей связь с черепно-мозговой травмой.

1.3. Стресс-провоцированные аддиктивные расстройства

Изучение опыта военной психиатрии показывает, что злоупотребление алкоголем и наркотиками, зависимость от них представляет собой самостоятельную проблему психического здоровья участников и ветеранов войн [Литвинцев С.В., 2005; Софронов А.Г., 1995; María-Ríos С.Е., 2020; Straus E., 2018; Dworkin E. R., 2018]. При этом показатели распространенности алкогольной зависимости у ветеранов боевых действий очень разнятся и зависят от множества обстоятельств – особенностей выборки и возраста обследуемых, времени, которое прошло после войны, диагностических подходов и исследовательских инструментов [Литвинцев С.В., 2005; Baker D.G., 2009; Dworkin E.R., 2018; Keane T.M., 1988; Milliken C.S., 2007; Rothberg J.M., 1994; Sutker P.B., 1994; Seal K. H., 2011]. Однако существует мнение, что некоторое время даже массивное злоупотребление алкоголем и частое использование наркотиков на войне не влечет за собой формирование зависимости [Снедков Е.В., 1997; 2007; Feinstein A., 2002].

В научной литературе преобладает точка зрения, что психическая патология, вызванная употреблением ПАВ и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) являются в высокой степени коморбидными и встречаются у одного и того же человека гораздо чаще, чем можно было бы случайно предсказать, учитывая соответствующую распространенность каждого расстройства [María-Ríos С.Е., 2020; Jakupcak M., 2010]. По разным данным, от одной трети [Blanco C., 2013; Seal K. H., 2011] до 75% ветеранов боевых действий одновременно с ПТСР имеют признаки психических расстройств, связанных с употреблением наркотиков или алкоголя [Blanco C., 2013; Seal K.H., 2011; Smith S. M., 2016; Wisco B. E., 2014].

Однако в ряде публикаций опровергается наличие значимой ассоциации между фактом перенесенной травмы, наличием и тяжестью симптомов ПТСР и интенсивностью влечения к алкоголю, выраженностью абстинентного синдрома или частотой рецидивов алкоголизма [Freeman T., 2004; Norman S.B., 2007; Perkonigg A., 2000; Scherrer J.F., 2008]. Высказывается мнение, что наличие зависимости от алкоголя характеризуется наименьшим уровнем стресса по сравнению с больными ПТСР и лицами, имеющими одновременно симптомы ПТСР и алкогольную зависимость [Tate S.R., 2007]. В проспективном долгосрочном исследовании ветеранов войны в Персидском заливе проявления ПТСР не становились бесспорным предиктором чрезмерного употребления алкоголя, при том, что они часто предшествовали незаконному употреблению наркотиков [Shipherd J.C., 2005].

По мнению ряда ученых, употребление ПАВ в экстремальных условиях возникает как вторичный симптом по отношению к невротическим и аффективным расстройствам. Оно рассматривается как совладающее поведение, а само ПАВ выполняет роль своеобразного стресс-протектора или лекарства, купирующего тревогу и помогающего «уйти от реальности»,

обуславливая тем самым мотивацию его приема [Китаев-Смык Л.А., 1983; Софронов А.Г., 1995; Снедков Е.В., 1997, 2007; Bremner J.D., 1996; Shipherd J.C., 2005; Straus E., 2018]. Однако низкая частота стрессовых реакций и невротических расстройств очень скоро «компенсируется» ростом числа случаев нарушений воинской дисциплины и даже преступлений [Литвинцев С.В., 2005]. Злоупотребление алкоголем и наркотиками во время войны отечественные специалисты нередко относят к варианту расстройств адаптации с нарушением поведения, и применяют для их обозначения «аддиктивное поведение» [Литвинцев С.В., 2005; Снедков Е.В., 2007; Софронов А.Г., 1995].

После войны алкоголизм увязывается с наличием тревоги и других проявлений психического дистресса [Miller M.W., 2008]. Подчеркивается, что злоупотребление спиртным и другими ПАВ присоединяется к уже имеющимся симптомам стрессовых расстройств [Bremner J.D., 1996], при этом как алкогольная проблема, так и симптомы ПТСР с большей вероятностью выступают у ветеранов, подвергшихся воздействию боевых стресс-факторов в более молодом возрасте [Jacobson I.G., 2008; Seal K.H., 2009]. В качестве подтверждения гипотезы о вторичном характере алкоголизма приводится то, что многие пациенты свое употребление спиртного или ПАВ считают средством уменьшения эмоционального дистресса и симптомов ПТСР [Bremner J. D., 1996; Shipherd J.C., 2005; Ullman S. E., 2013; McDevitt-Murphy M. E., 2015]. Также есть данные, что симптомы ПТСР часто рецидивируют после лечения зависимости от ПАВ [Ouimette P.C., 2000]. Может быть и так, что корреляция между расстройствами связанными с алкоголем и стрессовыми расстройствами не имеет причинно-следственной основы, а обусловлена наличием общих факторов риска или совпадающих патогенетических механизмов, в том числе генетических факторов [Straus E., 2018; Scherrer J.F., 2008]. Кроме того, отмечается, что употребление алкоголя является частью «военной культуры», «средством группового сплочения, отдыха и снятия стресса» [Dworkin E.R., 2018].

Так или иначе, на практике сочетание ПТСР и алкогольной зависимости часто взаимно отягощает течение обоих этих расстройств [Straus E., 2018]. Алкогольная аддикция, особенно возникшая после тяжелой психической травмы или на фоне выраженных проявлений ПТСР, повышает риск дезадаптивного и агрессивного поведения ветеранов [Zoricic Z., 2003; Stappenbeck C.A., 2014], в том числе жестокого насилия [Elbogen E.B., 2014], создает помехи оказанию медицинской помощи и ухудшает результаты всякого реального лечения любых психических и соматических расстройств [Снедков Е.В., 2007; Norman S.B., 2007; Ouimette P.C., 2000].

Противоречия во взглядах на риск возникновения, характер коморбидности и каузальную атрибуцию отражают сложную взаимосвязь между влиянием психического стресса

и его последствиями и расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, и подчеркивают необходимость учитывать как механизмы риска, так и сдерживающие факторы. Например, высказывается мнение, что функциональная связь между ПТСР и злоупотреблением алкоголем варьируется в зависимости от формы травматического воздействия и типа расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ [Straus E., 2018].

К сожалению, до настоящего времени имеется слишком мало научных данных и очень много разногласий во взглядах на то, каким образом боевой стресс и фронтовое злоупотребление алкоголем и ПАВ связаны с последующим развитием психических расстройств и расстройств, вызванных употреблением алкоголя и ПАВ. Отсутствуют также научные данные о влиянии алкоголя на боеспособность и на переживание стресса военнослужащими.

1.4. Психотические расстройства у участников и ветеранов боевых действий

В прошлом представители отечественной психиатрии дали подробное описание и развернутую типологию психотических состояний, которые наблюдались у участников боевых действий на фронте и на этапах медицинской эвакуации [Иванов Ф.И., 1970]. Реактивные психозы во время Великой Отечественной войны были довольно редки [Литвинцев С.В., 1994; Литвинцев С.В., Снедков Е.В., 1997; Снедков Е.В., 1997; Шамрей В.К., 2010], причем с увеличением длительности боевых действий отмечалось снижение частоты реактивных психозов в целом в войсках и риска возникновения у каждого конкретного военнослужащего [Гиляровский В.А., 1944; Иванов Ф.И., 1970; Краснушкин Е.К., 1945].

Определившись к концу войны систематика реактивных психозов включала в себя следующие клинические формы: эмоциогенные (шоковые) реакции со ступорозным и футиформным вариантами; психогенные сумеречные состояния; псевдодементные реакции с вариантами в виде ганзеровского синдрома и пугрилизма; психогенная депрессия; психогенный паранойд [Барабаш В.И., 1968; Краснушкин Е.К., 1945; Лещинский А.Л., 1946; Иванов Ф.И., 1970; Мясищев В.Н., 1945; Снедков Е.В., 2007; Defayolle M., 1980; Johnson A.W., 1969].

Описанные впервые в 1916 году К. Клейстом (K. Kleist) под названием «психозов от испуга» (schreckpsychosen) острые аффектогенные психозы были представлены гиперкинетическим вариантом (футиформными реакциями) – с двигательным возбуждением, расстройством сознания и бессмысленным поведением, и гипокинетическим вариантом – с расстройством сознания и явлениями двигательной заторможенности [Бондарев Н.И., 1944; Иванов Ф.И., 1970]. Острые аффектогенные психозы, как правило, возникали на передовой, в условиях непосредственной угрозы жизни, во время артобстрелов у новобранцев и молодых

солдат. Повышение уровня боевой подготовки и фронтового опыта снижали вероятность возникновения аффектогенных реакций [Иванов Ф.И., 1970].

Сумеречные состояния сознания, которые иногда также относили к острым аффектогенным психозам, в условиях интенсивных боевых действий могут быть частыми, поэтому немецкие психиатры их называли «подлинно военными психозами» [Гиляровский В.А., 1944; Иванов Ф.И., 1970; Рончевский С.П., 1934]. В отличие от органического сумеречного помрачения сознания психогенные сумерки возникали в связи с психической травмой, при этом сохранялись избирательное восприятие обстановки и видимая эмоциональная чувствительность к окружающему, нередкое сочетание с симптомами псевдодеменции [Иванов Ф.И., 1970].

Основными клиническими проявлениями ганзеровских форм реактивных психозов оказывались «миморечь» и «мимодействия», пуэрильная (карикатурно детская) манера поведения, частичная дезориентировка, иногда с явлениями субступора и реже – ажитации [Иванов Ф.И., 1970]. В отличие от классической истерии здесь обычно наблюдались «застой в аффективной сфере», «бедность психомоторики», «временное оскудение интеллектуальной деятельности» [Гуревич М.О., 1948]. Часто развитию псевдодеменции предшествовала иная диссоциативная симптоматика – припадки, сумерки или ступор. Псевдодементные варианты, как и сумеречные психозы, нередко возникали после прекращения прямого действия факторов боевой обстановки, например, на завершающих этапах лечения ранений. Обычно психогенные сумеречные состояния и ганзеровские психозы возникали у лиц с наследственной отягощенностью, неблагоприятными преморбидными особенностями, перенесших черепно-мозговые травмы, соматические болезни и ранения [Иванов Ф.И., 1970].

В качестве основного типа боевой психической патологии у военнослужащих Красной армии описывались реактивные депрессивные состояния [Иванов Ф.И., 1970; Канторович Н.В., 1967]. «Фронтальные депрессии» часто принимали картину апатических и адинамических с выраженной общей угнетенностью, идаторной и двигательной заторможенностью [Краснушкин Е.К., 1945; Сухарева Г.Е., 1945; Defayolle M., 1980; Johnson A.W., 1969].

Параноидные психозы в боевой обстановке («окопные параноиды») характеризовались внезапно возникающим острым фрагментарным изменчивым бредом с иллюзиями, галлюцинациями и психомоторным возбуждением на фоне дезорганизованного и даже спутанного сознания с аллопсихической дезориентировкой [Гиляровский В.А., 1944; Иванов Ф.И., 1970; Канторович Н.В., 1967; Краснушкин Е.К., 1945]. Они соответствовали описанным еще П.М. Автократовым (1906) и С.А. Сухановым (1915) «острой спутанности с бредом вражеского пленения» и С.Г. Жислиным (1940) – «параноиду внешней обстановки»

[Автократов П.М., 1906; Суханов С.А., 1915; Жислин С.Г., 1940]. Возникали эти психозы на фоне тяжелого переутомления, лишения сна, инфекционной болезни, истощающего влияния контузий и ранений, когда ослабевает способность анализа и вообще дифференцированной оценки ситуации. В связи с этим важным становится не столько сам по себе травмирующий стрессор или «психогенный фактор», как сумбурная быстро меняющаяся и напряженная внешняя обстановка – «наплыв внешних впечатлений» (скопление людей, движения войск, напряженная ситуация на фронте, смена незнакомых лиц). Психогенный фактор предопределял сюжет бредовых переживаний – проникновение диверсантов, вражеское пленение, самообвинение и самооговор (в предательстве, симуляции, членовредительстве) [Гиляровский В.А., 1944; Жислин С.Г., 1940; Иванов Ф.И., 1970]. Поэтому данную группу психозов стали именовать «параноидами внешней обстановки» при общем признании исключительной важности predisposing соматического фактора [Сухарева Г.Е., 1944, 1945; Залкинд И.А., Шабанова Г.П., 1944; Гиляровский В.А., 1944; Лещинский А.Л., 1946].

Однако такой же сюжет имели бредовые идеи и у больных, которые переносили повторные психозы. Иногда бредовые переживания носили экспансивную окраску: больные «разрабатывали проекты» новой военной техники и ускоренного разгрома противника, приписывали себе подвиги и награды, «разоблачали» мнимых шпионов [Вырубов Н.А., 1915; Гиляровский В.А., 1944; Сухарева Г.Е., 1945; Юрман Н.А., 1915]. В связи с этим авторитетные специалисты высказывали предположение, что военный сюжет продуктивной психопатологической симптоматики формируется вне зависимости от нозологической формы психотического расстройства [Краснушкин Е.К. 1945, 1948; Рончевский С.П., 1941; Суханов Г.Е., 1915; Сухарева Г.Е., 1945].

Во многих зарубежных исследованиях психотические расстройства в отдаленном периоде после окончания боевых действий рассматривались в качестве осложнений или даже проявлений ПТСР. По их данным, частота психотических симптомов достигала чрезвычайно высоких показателей – 15– 64% всех воевавших [Auxemery Y., 2011; Compean E., 2019; Hamner M.B., 1999; Kozarić-Kovacic D., 2005]. В целом отмечалось, что боевое ПТСР с психотическими симптомами имеет значительную тяжесть [Kozarić-Kovacic D., 2005; David D., 1999; Hamner M.B., 2000]. При описаниях конкретных случаев, авторы, в основном, придерживались феноменологии, изложенной в официальных классификациях, а клинический полиморфизм психической патологии ветеранов объяснялся преимущественно в рамках концепции коморбидности. Среди ветеранов с сочетанием ПТСР и психотических симптомов у 68% обнаруживалась комбинация депрессии со слуховыми и зрительными галлюцинациями с бредом, у 32% – только бредовые идеи преследования [Kozarić-Kovacic D., 2005]. По мнению

авторов, несмотря на сходство боевого ПТСР, осложненного психозом, и шизофрении [Hamner M.B., 1999; Kozarić-Kovacic D., 2005], в первом случае у пациентов не наблюдается грубых эмоциональных нарушений, структурных расстройств мышления, сохранена связь переживаний с реальностью и перенесенной травмой [David D., 1999; Kozarić-Kovacic D., 2005]. Иногда отмечалось, что симптомы психоза у ветеранов имеют положительную корреляцию с повышенной возбудимостью, наличие «голосов» имеет связь с диссоциативными расстройствами и для таких случаев используется понятие «псевдогаллюцинация» в смысле «непсихотических галлюцинаций» [Ivezić S., 2000; Brewin C.R., 2010].

Обнаруженные ассоциации между психотическими симптомами и облигатными проявлениями стрессовых расстройств позволили сделать вывод о существовании особого психотического варианта боевого ПТСР [Frueh B.C., 2002; Bleich A., 2000; Kozarić-Kovacic D., 2005] или ПТСР с вторичными психотическими признаками [Campbell M.L., 2007; Compean E., 2019]. Для установления диагноза ПТСР с вторичными психотическими проявлениями предложены следующие критерии: наличие признаков ПТСР по DSM-V, которые предшествуют появлению психотических симптомов; наличие позитивных психотических симптомов – бреда или галлюцинаций; несоответствие критериям диагностики других психотических расстройств, таких как большая депрессия с психотическими симптомами, биполярное расстройство с психотическими симптомами, первичное психотическое расстройство, такое как шизофрения или преходящее психотическое расстройство; психотические симптомы не ограничиваются эпизодами «флэшбэка»; отсутствие формального нарушения мышления, в том числе «сохранное тестирование реальности» [Compean E., 2019].

Высказывались самые разные предположения относительно механизмов развития психотической формы ПТСР: что психическая травма и развитие ПТСР способствуют уязвимости индивида к последующему возникновению психоза и ухудшению критики к своим переживаниям; что, может быть, наоборот, психическая травма обнажает присущую изначально психотическую организацию личности или predisposition; что само возникновение психоза отражает повышенную склонность к развитию симптомов ПТСР [Auxemery Y., 2011; Bleich A., 2000; Campbell M.L., 2007]. В этой связи отмечается, что у 47% ветеранов, страдающих шизофренией, имеются отдельные симптомы ПТСР и 14% – диагноз ПТСР [Brewin C.R., 2010].

Гораздо реже высказывается альтернативная точка зрения. В исследовании Б.А. Гаудиано и М. Зиммермана (Gaudiano B.A., 2010) отвергается высокая частота психотической симптоматики у ветеранов локальных войн и существование психотического подтипа ПТСР. В частности, после исключения случаев, когда психотическая симптоматика оказывалась ассоциированной с другими основными психическими нарушениями, показатель встречаемости

психозов у ветеранов снизился с 17% до 2,5%. Напротив, частота встречаемости большого депрессивного расстройства с психотическими симптомами оставалась достаточно высокой. На связь психотических симптомов у ветеранов войн с депрессией указывают и некоторые другие исследователи [Compean E., 2019; Gaudiano B.A., 2010].

1.5. Хронические и отсроченные психические расстройства у ветеранов войн.

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство

Наблюдения за ветеранами войн XX века показали, что серьезной проблемой боевой психической травмы становятся ее последствия, сохраняющиеся на протяжении многих лет после войны [Посттравматическое ..., 2015; Снедков Е.В., 1997; Фастовцов Г.А., 2022; Bramsen I., 1999; Glenn D.M., 2002; Prigerson H.G., 2002; Sampson L., 2015]. Еще в 1914-1915 гг. В.М. Бехтерев в своей работе «Война и психозы» показал, что переживания военных событий длительно сохраняются у их участников. Часто наблюдаются гиперакузис, непереносимость вида крови, приступы страха, ассоциирующиеся с обстановкой боя, галлюцинации, аналогичные современным описаниям симптомов «flashback». Уже тогда подчеркивалось, что перечисленные симптомы не имеют связи со «слабохарактерностью», и что они могут исчезать в случае нового столкновения с реальной боевой ситуацией [Бехтерев В.М., 1914/1915].

Уже после первой мировой войны отечественные психиатры описывали теперь уже хорошо узнаваемый рисунок поведения ветеранов и формирование новых устойчивых способов переживания психологических трудностей, особых взаимоотношений с окружающими и взглядов на мир [Бехтерев В.М., 1921; Ганнушкин П.Б., 1926; Краснушкин Е.К., 1924; Розенштейн Л.М., 1924]. В своей работе «Коллективная рефлексология» (1921) он дал множество примеров жестокости ветеранов первой мировой войны, становившихся движущей силой беспорядков и насилия во время революционных событий в Петрограде. Е.К. Краснушкин в 1924 году подчеркивал: «Война размножила психопатов, ...психопатов вообще и общественно опасных в частности».

В 1926 г. П.Б. Ганнушкин в статье «Об одной из форм нажитой психической инвалидности» указывал на развитие характерологических изменений, возникших вследствие того, что «травмирующие воздействия действуют на личность еще не сложившуюся». При этом к основным этиологическим факторам им были отнесены: эмоциональная нагрузка, аффективные переживания, страх за свою жизнь, которые «длились иногда годы...». Он же подчеркивал, что «травма может быть настолько длительной и интенсивной, что любая сила личности окажется недостаточной» [Ганнушкин П.Б., 1926]. Спустя 100 лет, уже в наше время,

характеризуя травматическое событие, Кристиан Бревин (C. Brewin, 2025) назвал его «событием, которое может серьёзно подорвать способность человека или сообщества к адаптации, требуя значительных изменений в образе жизни и мышлении», и оно «может оказать подавляющее воздействие на любого человека» [Brewin C.R., 2025].

Во время и сразу после Великой Отечественной войны даже в наиболее пострадавших регионах Советского Союза, не отмечали ожидаемого значительного роста заболеваемости психогенными психическими расстройствами [Мясищев В.Н., 1945; Хвиливицкий Т.Я., 1945]. В отличие от психических расстройств, которые наблюдались в боевой обстановке, значительно меньше работ было посвящено изучению отдаленных последствий травматического стресса. Представляется, что это обуславливалось не только нюансами идеологии и научной методологии в СССР, но и масштабами Великой Отечественной войны и громадными потерями нашего народа – буквально все жители страны, на фронте, в оккупации и в тылу, подверглись воздействию экстремальных факторов. Так или иначе, совершенно объективным является то, что пограничные психические расстройства не стали значимой проблемой военной психиатрии в СССР. Основные усилия отечественных психиатров после войны были направлены на разработку методов диагностики и лечения другой патологии – органических и эндогенных психических расстройств, тяжелых реактивных психозов [Гуревич М.О., 1946; Иванов Ф.И., 1970; Тимофеев Н.Н., 1962].

В 1965 году Х.К. Арчибальд и Р.Д. Таденхам (H.C. Archibald и R.D. Tuddenham) описали «персистирующие стрессовые реакции» у ветеранов второй мировой войны через 20 лет после её окончания. Вывод авторов гласил: «Война не заканчивается для значительной части её участников. Синдром боевого истощения оказался у некоторых участников боёв хроническим, а может, и необратимым». Катамнестический анализ, представленный в работе Р.А. Ньюмэна (R.A. Newman, 1964), показал, что только 45 % ветеранов, перенёсших «боевое истощение» в Корее, спустя 5 лет сохранили свою трудоспособность.

Однако до настоящего времени остается нерешенным вопрос о связи между травматическим событием, возникновением РБС и развитием в последующем хронического ПТСР. В ключевых документах, посвященных боевой психической патологии, отмечается, что ПТСР может следовать за боевой усталостью и, особенно, после РБС с расстройствами поведения, но большинство случаев хронического и отсроченного ПТСР возникает у военнослужащих, которые не имели до этого диагноза РБС [Руководство по контролю..., 1999]. Мало того, Джозеф Зохар (J. Zohar) в 2011 году особо подчеркнул, что уникальность последствий травматического стресса в том, что большинство (от 80% до 90%) тех, кто подвергся ему, в конечном счете, адаптируются, и только у 10–20% ветеранов развивается

ПТСР [Zohar J., 2011]. Это же касается всех людей, которые пережили психическую травму. В этой связи Дж. А. Боннано (G.A. Bonanno, 2004) отмечал, что «воздействие травматических событий – универсальный аспект человеческого опыта. В детстве и взрослом возрасте повторные эпизоды травм или множественные типы травмирующих событий являются скорее правилом, чем исключением». Поэтому, например, несмотря на то, что до 50% жителей США переносят в жизни травмирующее событие, в Национальном обзоре коморбидности 2005 года болезненность ПТСР составляет 6,8% [Kessler, R. C., 2005], а в прежних отчетах не превышала 8,7% [Davidson, J. R., 1991; Kessler, R. C., 1995]. Изначально адаптивную функцию стрессовых реакций доказывают результаты исследований, показавших, что их патогенетические механизмы оказались аналогичными нейробиологическим изменениям, возникающим у животных, вовлеченных в борьбу за жизнь [Black P.H., 2002]. Установлено, что кроме клинически выраженных РБС и ПТСР у большинства ветеранов войн можно определить те или иные латентные постстрессовые изменения [Ruscio A.M. et al., 2002]. И таким образом, становится все более очевидным, что воздействия травматических событий сложны и разнообразны – они могут вызывать сильные ответы и изменения, не приводя к дезадаптивным реакциям и явным психопатологическим последствиям [Hobfoll S.E., 2020]. Особенно, если травматическое воздействие ограничено во времени, эти реакции обычно кратковременны и могут быть адаптивными, а иногда и способствовать личностному росту [Southwick S.M., 2004]. Вообще, участие в войне не всегда имеет однозначно негативные последствия для личности. Например, симптомы повышенной реактивности (ожидания опасности) и личностные трансформации участников войны изначально носят, в основном, приспособительный характер, у некоторых людей боевой опыт может даже усилить адаптивные возможности в последующей мирной жизни [Снедков Е.В., 1997; Brewin, 2025; Friedman M.J., 1994; Southwick S.M., 2004].

Исследования определили кросс-культурную значимость ПТСР, сходство клинической картины последствий травматического стресса у ветеранов различных национальностей и разных войн. Имеющиеся отличия в клинических описаниях, использованных понятиях и представлениях о причинах психических расстройств у участников различных войн XIX-XX вв. можно объяснить степенью развития медицинской науки, подходами к диагностике и наличием подготовленных специалистов, изменениями природы войны и культуральными влияниями [Литвинцев С.В., 2005; Dirkzwager A.J., 2001; Hinton D.E., 2011; Monnier J., 2002].

Изучая психическое здоровье ветеранов многочисленных войн разные исследователи в разное время в качестве типичных для ветеранов указывали следующие признаки: тягостные, вызывающие тревогу или гнетущее чувство воспоминания о пережитом; непроизвольно вспыхивающие, часто в ответ на сенсорную провокацию, образные представления

устрашающей обстановки, внезапно заполняющие сознание и сопровождающиеся сильными эмоциями, соответствующие современному пониманию «флэшбэк» («flashbacks») [Волошин В.М., 2005; Сукиасян С.Г., 2019, 2020; Bourne P., 1972; Bramsen I., 1999; Brewin C.R., 2010; Corvalan JC, 2011; Halligan S.L., 2002; Kaufman M.L., 2002; McNally R.J., 2003; O'Donnell M.L., 2007]; вспыльчивость и агрессивность, приступы гнева и неконтролируемую враждебность к окружающим [Calhoun P.S., 2002; Novaco R.W., Chemtob C.M., 2002]; проявления так называемой «перитравматической диссоциации» с феноменами отчуждения, оцепенения, безразличия и утраты интересов, дереализации и деперсонализации [Ротштейн В.Г., 1999; Brewin C.R., 2003, 2025; Kaufman M.L., 2002], переживание вины (перед оставшимися воевать, перед погибшими), переживание стыда за поражение (в том числе личное); характерные расстройства памяти (отвержение травмирующих воспоминаний) [Bistas K, 2023; Brewin C.R., 2025; Leskela J., 2002; McCue M.L., 2025; McNally R.J., 2003]. Общими для всех ветеранов, больных ПТСР, являются расстройства сна: плохое засыпание, пробуждения от кошмарных сновидений, в искаженном виде воспроизводящих пережитые угрожающие события. Отмечается нигилизм и идеологическое разочарование; зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); сексуальные дисфункции, трудности во взаимоотношениях с близкими, проблемы с адаптацией в обществе (в том числе безработица) [Kaufman M.L., 2002; Roca V., Freeman T.W., 2002]. Индикаторами значительной выраженности боевых стрессовых нарушений иногда называют явления диссоциации [Kaufman M.L., 2002]. Среди типичных симптомов бывших военнопленных и узников концлагерей описаны депрессия, притупленность аффектов, ослабление памяти и способности к концентрации внимания, подозрительность, агрессия, фобии, ночные кошмары [Тарабрина Н.В., 2001]. Обращает внимание, что у военнослужащих, которые побывали в плену, редко встречались симптомы вторжения, но часто развивались симптомы избегания [Watson P.B., Daniels B., 2008].

Важным показателем психических проблем и социального неблагополучия у ветеранов войн оказывается суицидальное поведение. Шокирующим оказалось количество американских ветеранов Вьетнама покончивших жизнь самоубийством в мирное время, достигшее к началу 90-х годов 58 000 человек, что превысило число погибших в годы войны [Niles D., 1991]. Более поздние данные, опубликованные Департаментом по делам ветеранов США в 2016 году, показали, что уровень самоубийств среди ветеранов оказался в 1,5 раза выше, чем среди лиц, не являющихся ветеранами [Green J.D., 2018]. Само по себе участие в боевых действиях, похоже, не влияет на число суицидов, зато повышают риск самоубийства выраженность симптомов ПТСР, депрессии и переживание «вины выжившего» [Тукаев Р.Д., 2003; Bullman T. A., 2023; Forsberg, C. W., 2022]. Приводятся данные, что приблизительно 30% завершенных самоубийств

и около 20% смертей в результате высокорискованного поведения ветеранов были связаны с употреблением алкоголя или наркотиков [Teeters J.B., 2017].

Проведенный Е. Джонсом с соавт. (Jones E. et al., 2002) кластерный анализ симптомов, которые описывались в разное время у участников войн, позволил выделить три послевоенных (post-combat) синдрома: синдром истощения, слабости (debility syndrome), часто наблюдавшийся в XIX веке и начале XX века; соматический синдром (somatic syndrome), преимущественно регистрировавшийся в первую мировую войну; нейро-психиатрический синдром (neuropsychiatric syndrome), ассоциированный со второй мировой войной и войной в Персидском заливе. Эти синдромы одновременно отражают и варианты психической патологии ветеранов войн, и этапы развития взглядов на психическую патологию и того, что в клинической картине становилось заметным врачам. Кстати, формирование схожих вариантов хронического ПТСР (тревожного, дисфорического, астено-апатического и соматоформного) было прослежено В.М. Волошиным (2005) у российских ветеранов. Объединяющим признаком всех психических расстройств после травмирующего стресса осталось то, что «индивид развивает массу психопатологических проявлений в ответ на ситуации, представляющие значительную опасность для его жизни» [Feinstein A., 2002].

Общность этиологии (психологический стресс вследствие травмирующего события), наличие и характерное сочетание типичных симптомов, в которых отражаются разные формы переживания и совпадения с переживаниями этого травматического события, позволили выделить группу этих нарушений в качестве самостоятельного синдрома, названного Post-traumatic stress disorder (PTSD) [Boudewyns P.A., 1996; Brom D., 1992; Horowitz M.J., 1980; Horowitz M.J., Solomon G.F., 1975, 1978; Jones E., 2006; Solomon Z., 1995]. Его общепринятый русский перевод – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), хотя более адекватным по смыслу был бы перевод «расстройство после травматического стресса». Под влиянием клинической реальности в DSM-III (1980 г.) и во все последующие редакции этого стандарта (DSM-III-R 1987, DSM-IV 1994, DSM-V 2013 года выпуска), а с 1993 г. – в МКБ-10 и уже в МКБ-11 вошло детальное описание ПТСР. Эта диагностическая рубрика стала включать в себя многочисленные авторские понятия, обозначавшие ранее психические расстройства у людей, переживших психическую травму [Andreasen N.C., 2010].

Наличие психической травмы отнесено к первому кластеру «А» диагностических признаков ПТСР. Описание и состав симптомов ПТСР, начиная с DSM-IV-TR (2000) и потом в DSM-V (2013) и МКБ-11 (2019), претерпевала изменения, но всегда включала три кластера симптомов-признаков: «Б» – интрузии, «В» – избегания и «Г» – гиперактивности. К интрузии отнесены различные проявления повторного переживания психической травмы; в «избегание»

включаются феномены уклонения от стимулов, ассоциативно связанных с травмой; повышенная реактивность проявляется симптомами повышенной возбудимости и чрезмерными реакциями на стимулы, напоминающие о травме [Andreasen N.C., 2010; Brewin C., 2025].

Главное отличие ПТСР между МКБ-10 и DSM-III, IV и V заключалось в том, что в первой используются описательный текст и «диагностические указания», а не перечисление ясно конкретизированных диагностических критериев. Подход, применяемый в МКБ-10, потенциально полезен с точки зрения упрощения клинического суждения и его применимости в самых разных клинических ситуациях и культурных условиях. Однако четко очерченные критерии в DSM-III/IV/V и в МКБ-11 удобнее использовать в исследовательских целях. ПТСР определяется в МКБ-11 тремя группами феноменологических признаков, для каждой из которых требуется один индикатор: а) повторное переживание события в настоящем (наличие флешбэков или кошмаров), когда навязчивые воспоминания имеют ярко выраженные сенсорные элементы и воспринимаются как повторяющиеся события в текущий момент и охватывают континуум от навязчивых воспоминаний с мимолетным ощущением «сейчасности» до полного погружения в травматическое воспоминание и потерю восприятия текущего окружения; б) избегание травмирующих напоминаний (избегание мыслей и воспоминаний или внешних ситуаций и напоминаний); в) чувство текущей угрозы (наличие либо сверхбдительности, либо преувеличенной реакции испуга) [Brewin C.R., 2010; Maercker A., 2013].

Группы феноменологических критериев ПТСР, будучи довольно тонко психологически и психопатологически дифференцированными [Психические..., 2003; МКБ-11, 2021; Lazarov A., 2020], в целом возвращают нас к описанию признаков реактивных состояний К. Ясперса (1913) [Ясперс К., 1997]. Дополнительно отмечены аспекты, связанные с нарушением функционирования и длительностью существования симптомов. Однако в классификациях среди признаков ПТСР слабо отражены многие другие психопатологические симптомы, может быть, менее специфичные по отношению к психической травме, но очень частые и значительно влияющие на поведение и адаптацию пациента. Отсутствует характеристика клинической динамики болезни, особенностей ее течения в зависимости от варианта психической травмы или длительности воздействия стрессоров.

Следствием травматических событий и способов совладания с ними могут быть как ПТСР, так и другие формы психической патологии. Поэтому военное ПТСР обычно имеет сопутствующие диагнозы [Brewin C.R., 2010; Hoge, C. W., 2004; Kehle S.M., 2011; Richardson J.D., 2010, 2019; Sundin J., , 2011]. При этом уровень коморбидности в течение жизни колеблется от 62% до 92% [Perkonig A., 2000].

Введенный в DSM-V диссоциативный подтип ПТСР в действительности не включает в себя нарушений памяти, речи, сенсорных функций, конверсионных физических симптомов, но подразумевает наличие деперсонализации или дереализации [Wolf E.J. et al., 2012]. В репрезентативной выборке из 1484 американских ветеранов среди тех, кто имел симптомы ПТСР в течение жизни, наличие его диссоциативного подтипа показали 19,2%, а среди имевших текущие проявления ПТСР – диссоциативный подтип показали 16,1%. Ветераны с диссоциативным вариантом ПТСР сообщали о более тяжелых его симптомах, проявлениях депрессии и тревоги, проблемах с употреблением алкоголя и враждебности [Tsai, J., 2015; van Huijstee J., 2018; Wolf E.J., 2012].

Установлена высокая сопряженность ПТСР с депрессией [Bleich A., 1997; Campbell, D. G., 2007; Feinstein A., 2002; Forchuk C., 2020; Kehle S.M., 2011; Lazarov A., 2020; Moye, J., 2022; Steiner A.J., 2017] и дисфорией [Kaufman M.L., 2002]. Причем депрессия стала выдвигаться в качестве одного из наиболее важных и тяжелых последствий боевой психической травмы [Campbell, D. G., 2007; Lazarov A., 2020], общая ее распространенность среди американских ветеранов в 2011–2012 годах составила 12,3% [Liu Y., 2019], а частота депрессии среди ветеранов войны в Персидском заливе оказалась в два раза больше, чем в популяции [Blore J.D., 2015]. Среди сопутствующих психических нарушений называются: тревога, панические атаки, дереализация, диссоциативные и соматоформные нарушения, алкогольная и другие формы зависимости, суицидальное поведение [Brom D., 1992; Davidson J.R., 1990; Feinstein A., 2002; Folke S., 2023; Moye, J., 2022; Tsai J., 2015]. Коморбидная патология иногда доминирует по отношению к собственно ПТСР [Хохлов Л.К., 1998; Brewin C., 2025; Lazarov A., 2020]. В связи с этим актуальным остается изучение того, как первичные психические расстройства влияют на способность переносить травмирующие события, какие психические расстройства развиваются в связи с уже возникшими реакциями на стресс, каковы взаимоотношения симптомов ПТСР и других психических нарушений.

1.6. Изменения личности у участников боевых действий

Под влиянием комплекса патогенных факторов боевой обстановки и в связи с необходимостью адаптироваться к условиям войны происходят радикальные изменения личности, коренной перелом во взаимоотношениях с окружающим миром, изменение смыслового ядра личности [Знаков В.В., 1989, 1990; Лыткин В.М., 2002, 2024; Магомед-Эминов М.Ш., 1998; Пушкарев А.Л., 2000; Снедков Е.В., 1997; Сукиасян С.Г., 2013; Шамрей В.К., 2015; 2020, 2023; Bollinger A.R., 2000; Pietrzak R.H., 2011; Southwick S.M., 1993]. В описании данного процесса используются такие термины, как «патохарактерологические расстройства»

[Александровский Ю.А., 1997], «трансформация личности» [Магомед-Эминов М.Ш., 1998; Goderez B.I., 1987], «дезинтеграция личности» [Arthur R.J., 1978], «комбатантная акцентуация» [Лыткин В.М., 2002, 2024]. Личностные изменения могут появляться как после клинически выраженных острых стрессовых и постстрессовых расстройств (вариант постреактивного развития личности), так и без предшествовавших симптомов ПТСР [Лыткин В.М., 2024; Сидоров П.И., 1999]. Для военных психиатров представляется важным, что патологические развития личности могут проходить этап клинически очерченной патохарактерологической реакции, развившейся еще в период боевых действий [Снедков Е.В., 1997].

Приобретенные черты личности закрепляются в условиях длительного и интенсивного воздействия стресс-факторов, приспособляя индивида к новой реальности с ее экстремальными условиями, представляя собой своеобразную форму адаптации, «условную норму» [Литвинцев С.В., 2005; Лыткин В.М., 2024; Снедков Е.В. 1997, 2007]. После возвращения с войны приобретенные личностные особенности становятся более заметными, так как вступают в противоречие с условиями мирной жизни, мешают приспособлению к ней и провоцируют новые психотравмирующие ситуации [Лазебная Е.О., 1999; Литвинцев С.В., 2005].

К числу характерных проявлений изменений личности ветеранов относятся: ранимость, обострённое чувство справедливости, аффективная нестабильность, агрессивные и эксплозивные реакции, напряжённость межличностных отношений, постоянная готовность к реактивным образованиям, склонность к формированию идей мести или, напротив, чувство «застывшей вины», «идеологическое разочарование», смена системы ценностей и смысла жизни [Знаков В.В., 1989, 1990; Идрисов К.А., 2011; Лазебная Е.О., 1999; Лыткин В.М., 2024; Сидоров П.И., 1999; Jones F.D., 1995; Jordan A.H., 2017; van der Kolk B.A., 2005]. Возникает склонность к формированию идей мести, наблюдается заведомо рискованное («ордилистическое») поведение [Ахмедова Х.Б., 2003].

В самых первых исследованиях аномалий характера у ветеранов войн отмечалось наличие параноидного, шизотипического, уклоняющегося (avoidant) и самопоражающего (self-defeating) расстройств личности [Southwick S.M., 1993]. Позже в двух разных исследованиях с использованием критериев DSM-III-R и DSM-IV выявлялись расстройства личности избегающего типа (у 47,2% и 12,2%), параноидного (у 46,2% и 17,4%), обсессивно-компульсивного (у 28,3% и 16,5%), антисоциального (у 15,1%), пограничного (у 8,7%). Общая частота личностных отклонений достигала 45–79,4% опрошенных [Bollinger A.R., 2000; Dunn N.J., 2004]. Выполненный в США Общенациональный эпидемиологический опрос по употреблению алкоголя и коморбидным состояниям (National Epidemiologic Survey on Alcohol

and Related Conditions – NESARC), охвативший двумя этапами 77 746 человек, не подтвердил гипотезы, что пограничное расстройство личности является специфическим расстройством травматического спектра или вариантом ПТСР. Однако при клинически выраженном и при субклиническом (парциальном, подпороговом) варианте ПТСР чаще, чем у людей без симптомов стрессовых расстройств, выявляются черты характера, присущие пограничному, шизотипическому, нарциссическому расстройству личности [Pietrzak R.H., 2011]. В качестве предполагаемых причин частого сочетания ПТСР с расстройствами личности называют следующие: 1) претравматическая личностная патология способствует попаданию в психотравмирующие ситуации, более тяжелому переживанию травмы и развитию патологической реакции на нее [Axelrod S.L., 2005; Bramsen I., 2000]; 2) личностные нарушения представляют собой реакцию индивида на перенесенную травму [Axelrod S.L., 2005; Southwick S.M., 1993]; 3) симптомы личностных отклонений являются осложнением уже имеющегося ПТСР; 4) симптомы, составляющие критерии диагностики расстройств личности и симптомы-признаки ПТСР, попросту внешне схожи, т.е. имеет место всего лишь перекрытие или совпадение диагностических признаков [Pietrzak R.H., 2011].

В поле зрения специалистов по психическому здоровью, в том числе судебных психиатров, чаще всего попадают ветераны с эмоционально-неустойчивым или активно-агрессивным, а точнее с обозначенным Е.В. Снедковым (1997) как «дефензивно-эпилептоидный» типом личностных девиаций [Снедков Е.В., 1997]. На личностные изменения такого рода указывал Е.К. Краснушкин в 1945 году: «Стеничные – это будущие так называемые травматические невротики, уже сейчас обнаруживающие в достаточно выраженной форме агрессию и лежащие тяжестью на плечи общества. Они дезорганизаторы не только общих госпиталей, но и психиатрических отделений, и вместе с тем они нарушители нормальной жизни в армии». Агрессивные поступки и преступления против личности совершаются ветеранами или на фоне стресс-индуцированных диссоциативных состояний, или, еще чаще, на фоне алкогольного опьянения или интоксикации наркотиками. И в том и другом вариантах агрессивные поступки характеризуются высвобождением усвоенных на войне автоматизированных навыков [Снедков Е.В., 1997; Фастовцов Г.А., 2007, 2009, 2022; McFall M.E., 1992]. Готовность к эскалации таких состояний пропорциональна экспозиции перенесенного боевого стресса [Снедков Е.В., 1997; Литвинцев С.В., 2005].

Ситуационно-импульсивные реакции на угрожающие стимулы и раздражители применительно к стрессовым расстройствам приведены в кластере «Е» рубрики 309.81 (F43.10) американской классификации DSM-V – «Раздражительное поведение и вспышки гнева (без или практически без повода), которые обычно выражаются в виде вербальной или физической

агрессии по отношению к людям или предметам» DSM-V. Проявления эмоциональной неустойчивости в МКБ-11 нашли отражение в рубрике 6B41 «Осложненное ПТСР», где указывается на возможные «серьезные и устойчивые проблемы эмоциональной регуляции, примерами чего являются повышенная эмоциональная реактивность на незначительные стрессоры, вспышки насилия ...».

Другие отклоняющиеся черты характера и поведения представлены в МКБ-10, в диагностической рубрике F62.0 – «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы». Здесь оговаривается, что стойкие патологические черты этого типа не возникают вслед за кратковременными угрожающими ситуациями, и среди примеров возможной психической травмы приводятся содержание в концентрационных лагерях, пребывание в плену, в заложниках, пытки. Среди диагностических признаков хронического изменения личности после переживания катастрофы числятся следующие: «враждебное или недоверчивое отношение к миру»; «социальная отгороженность»; «ощущение опустошенности и безнадежности»; «хроническое чувство волнения, постоянной угрозы, существования «на грани»; отчужденность [Brewin C.R., 2020]. В МКБ-11 в рубрике 6B41 «Осложненное ПТСР», к трехфакторной структуре ПТСР добавлены, кроме «чрезмерных эмоциональных реакций и вспышек насилия» и негативной самооценки, еще такие вновь приобретенные устойчивые черты, как «безрассудное или саморазрушительное поведение» и «постоянные трудности в поддержании отношений и ощущении близости с другими людьми» [Brewin C.R., 2017; 2025]. При этом воздействие экстремально тяжелой, длительной или повторяющейся травмы приводится в качестве частого, но не обязательного фактора риска [Brewin C.R., 2025]. Выделение специальной диагностической рубрики предопределено тем, что симптомы, отнесенные теперь к осложненному ПТСР, образуют отдельный класс психических нарушений. Психические нарушения, которые соответствуют критериям осложненного ПТСР, показывают более высокую коморбидность с депрессией, суицидальным поведением, усиливают функциональное снижение и осложняют лечение, что требует разработки особых подходов к ведению таких больных [Brewin C.R., 2025; Cloitre M., 2010; Karatzias T., 2017; Murphy D., 2021, Folke S., 2023; Redican E., 2022].

Высказывается мнение, что психические нарушения, которые развиваются у ветеранов, больше всего соответствуют критериям осложненного ПТСР – они обнаруживаются у 68% всех бывших участников боевых действий и у 80% обращающихся за помощью [Biscoe N., 2024; Maercker A., 2013; Murphy D., 2021, Folke S., 2023; Stevelink S.A.M., 2018; Williamson C., 2022].

Общей чертой многих психологических особенностей является видимый отрыв от этиологического фактора – психогении, закрепление и в некоторых случаях дальнейшее

развитие новых устойчивых патологических форм переживания трудностей и взаимодействия с окружающим миром. В традициях отечественной школы такое «самодвижение» психогенной симптоматики (О.В. Кербиков, 1965) рассматривалось как признак перехода от психологически-объяснимой и непосредственной реакции на стресс-фактор к психогенному (постреактивному) развитию личности [Гиндикин В.Я., 1999; Фелинская Н.И., 1971; Шостакович Б.В., 2006].

Представленный широкий спектр психопатологических симптомов предопределил формирование мнения о недостаточной полноте диагностических признаков ПТСР применительно к тому, что наблюдается у ветеранов [Литвинцев С.В., 2005; Снедков Е.В., 2009; Сукиасян С.Г., 2020; Green B.L., 1985; Horowitz M.J., 1987; McFarlane A.C., 1988]. Аргументируются качественные отличия «военного» (combat-related) ПТСР от стресс-провоцированных расстройств мирного времени [Снедков Е.В., 2012; Сукиасян С.Г., 2020; Able M.L., 2019; Fontana A., 1993, 1994; Glenn D.M., 2002; Long N., 1994; Solter V., 2002].

1.7. Динамика психических расстройств, возникших вследствие боевого травматического стресса

Имеются разные данные о динамике стрессовых расстройств в отдаленном периоде после психической травмы. В большинстве работ указывается, что в случае развития болезни, ПТСР может прослеживаться в течение многих лет и десятилетий, нередко прогрессирует во времени, затрагивая почти каждый аспект жизни, включая работу, межличностные отношения, физическое здоровье, самооценку [Boscarino, 2018; Cypel Y., 2022; Goldberg, 2014, 2016; Magruder, 2016; Southwick S.M., 1994]. Симптоматика иногда принимает интермиттирующий характер, протекая в виде стёртых аффективных фаз [Краснянский А.Н., 1995; Оливие Е.Дж.Ф., 1995; Friedman M.J., 1994]. Другие исследования, продемонстрировав стойкость ПТСР, не подтвердили нарастания его частоты и тяжести в отдаленном периоде [Dirkzwager A.J., 2001].

Симптомы ПТСР наиболее выражены в первые месяцы после возвращения с войны [Бай-Балаева Е.К., 1989; Магомед-Эминов М.Ш., 1998; Ross M.C., 1993]. Систематический обзор показал, что спустя 40 месяцев наблюдения в среднем 44,0% лиц с исходным ПТСР больше не соответствовали критериям этого расстройства. Причем наблюдался широкий между исследованиями имелся значительный разброс показателей ремиссии от 8 до 89%, при этом частота ПТСР была тем выше, чем раньше после травматического события было оно оценено [Morina N., 2014]. Среди пациентов, обследованных в клинических условиях, у 18–50% наблюдалось выздоровление в течение 3–7 лет, в то время как у остальных наблюдалось рецидивирующее или хроническое течение [Steinert C., 2015].

В настоящее время динамику последствий различных травматических событий укладывают в четыре основные траектории: 1) устойчивую при которой у людей наблюдается стабильное долгосрочное здоровое функционирование и отсутствие (или незначительная выраженность) симптомов ПТСР (в среднем 65,7% популяции); 2) хроническую, указывающую на длительные симптомы ПТСР (10,6%); 3) выздоровление с ранним появлением симптомов ПТСР и последующей ремиссией (20,8%); 4) отсроченное начало, при котором ПТСР развивается через некоторое время после воздействия травмы (8,9%) [Galatzer-Levy I.R., 2018; Xu Y., 2021].

В традиции американской школы симптомы, характерные для ПТСР, возникающие в период продолжающегося влияния травмирующих факторов и в течение месяца после прекращения их действия, относят к острым реакциям на стресс. Симптомы, которые отмечаются спустя 1 месяц и до истечения 3-х месяцев, принято называть острым ПТСР, после 3-х месяцев – хроническим ПТСР, а появляющиеся спустя многие годы – отсроченным ПТСР [Zohar J., 2011; Brewin C., 2025]. Однако действительно отсроченное начало ПТСР без каких-либо предшествующих симптомов встречается редко. Отложенные во времени проявления – обострения или реактивация предшествующих симптомов ПТСР – наиболее характерны для ветеранов войн [Andrews B., 2007; Bryant R.A., 2013].

Изучение биографии американских участников локальных войн показало, что после пережитого боевого стресса и развившегося ПТСР они чаще подвергаются воздействию новых травмирующих событий [Orcutt H.K., 2002]. Отмечено, что многократное или длительное перманентное воздействие боевых стрессоров закрепляет стрессовые нарушения и повышает вероятность их возникновения [Feinstein A., 2002].

В связи с имеющимися различиями в реагировании на боевой стресс и вариантах послевоенного восстановления, Дж.Ф. Борус (Borus J.F., 1976) выделил три группы комбатантов: «успешно преодолевающие» (с адекватным «преобразованием травмы»), «импульсивные» или «социопаты» (дисциплинарно дезадаптированные, преимущественно с патохарактерологическими расстройствами) и «эмоционально нестабильные» (дезадаптированные в связи с возникновением невротической симптоматики) [Borus J.F., 1976; Лыткин В.М., 2002; Сукиасян С.Г., 2019, 2020].

Позже случаи, когда возникающие вскоре после пережитого на войне, но не имеющие необходимой в соответствии с МКБ-10 длительности какого-либо из феноменологических критериев, стали называть парциальными (partial) синдромами ПТСР. Случае отсутствия достаточного числа признаков, например, избегания или повышенной возбудимости, обозначают как подпороговое (subthreshold) ПТСР [Favaro A., 2006; Moye J., 2022; Mylle J.,

2004; Shear K.M., 2002; Watson P.B., 2008; Weiss D., 1992; Zlotnick C., 2002]. Причем такие парциальные формы ПТСР встречаются в два раза чаще, чем ПТСР с выраженностью всех трех диагностических кластеров [Fava A., 2006]. Т.е., если у пациента выявлены симптомы всех обозначенных диагностических рубрик – это полный диагноз ПТСР (full PTSD) [Watson P.B., 2008]. Однако у ветеранов с полным набором диагностических критериев и с парциальным оформлением ПТСР почти в равной степени выражены такие важные для социальной адаптации проявления, как гнев, враждебность и агрессия [Jakupcak M., 2007]. Наличие длительных и тяжелых последствий боевой психической травмы дало основание выделять злокачественный (malignant) вариант боевого ПТСР [Mazzeo S.E., 2002].

Таким образом, в сложившейся последние полвека, довольно обобщенной диагностической категории ПТСР заключен широкий спектр наблюдающихся в реальности клинических случаев, которые отличаются доминирующими синдромами, тяжестью и принадлежностью к разным психопатологическим регистрам. Наконец, скорее всего, представленные в едином списке диагностические признаки ПТСР отражают разные клинические формы, этапы развития и утяжеления постстрессовых расстройств. В действительности мы сталкиваемся с различными вариантами постстрессовых расстройств, при которых может наблюдаться преобладание тревожных или навязчивых переживаний, избегающего поведения, аффективных нарушений и изменений личности, а также сочетание всех этих особенностей, которые разным образом меняются в динамике болезненного процесса.

1.8. Влияние психических расстройств на социальную адаптацию ветеранов

Перенесенный боевой опыт и симптомы ПТСР оказывают существенное негативное влияние на социальное функционирование и качество жизни пострадавших [Barrett D.H., 2002; Dekel S., 2014; Feinstein A., 2002; Forchuk C., 2020; Goldberg, 2014; Prigerson H.G., 2002; Richardson J.D., 2010; Zatzick D.F., 1997]. У ветеранов с ПТСР обычно наблюдается неспособность приспособиться к мирной жизни, семейное неблагополучие, разрыв межличностных отношений, низкий размер почасовой оплаты труда, частая психиатрическая инвалидность [Feinstein A., 2002; Forchuk C., 2020; Savoca E., 2000; Sparr L.F., 1994]. Кроме проблем самих ветеранов, последствия боевого стресса могут вызывать у членов семей и близких психологический дистресс с необходимостью приспосабливаться к поведению больных и оказывать им поддержку [Calhoun P.S., 2002]. Одним из препятствий адаптации ветеранов в мирной жизни оказывается проявление ими агрессивного поведения [Фастовцов Г.А., 2009; 2022].

Внимание к проблеме здоровья ветеранов войн может оказывать неблагоприятное влияние на их самочувствие. В частности, весьма неоднозначную роль могут играть компенсации по инвалидности. Так, ветераны войны во Вьетнаме, получающие социальную помощь, заметно хуже адаптированы и чаще преувеличивают свои жалобы, чем лица с такими же признаками ПТСР, которые не получают компенсаций [Frueh B.C., 2003]. При том, что ветераны с ПТСР не склонны самостоятельно обращаться за помощью к врачам [Киндрас Г.П., 1992; Сидоров П.И., 1999; Calhoun P.S., 2002; Marks I., 1998; Feinstein A., 2002], из тех, кто все же приходит за лечением, многие склонны репортировать в самоотчетах и при тестировании преувеличенную тяжесть психической патологии [DeViva J.C., 2003]. Отмечено, что участники первой войны в Персидском заливе еще чаще предъявляют жалобы, чем ветераны Вьетнама, тогда как у последних больше объективизированных соматических заболеваний [Glenn D.M., 2002]. В связи с возможностью получения особого социального положения и льгот в американской литературе стала подниматься проблема так называемых «фальшивых ветеранов» (phony combat vets) [McNally R.J., 2003]. Однако следует признать, что в целом на получение социальной помощи претендуют ветераны, пережившие наиболее тяжёлые военные травмы с развившимися впоследствии более серьёзными функциональными ограничениями, а выдача компенсаций не уменьшает диапазон и тяжесть симптоматики [Solomon, 1994].

1.9. Факторы возникновения и развития боевой психической патологии

Само по себе выделение ПТСР и других расстройств, связанных с психическим стрессом, абсолютно определенно указывает на их главную предпосылку – воздействие на психику индивида травматического события [Снедков Е.В., 1997; 2007; Brewin C., 2025]. К наиболее травмирующим относят такие «выходящие за рамки нормального опыта» события, как случаи непосредственной и серьезной угрозы жизни, разрушение жилища или сообщества, гибель родных или близких друзей, наблюдение за увечьями или насильственной смертью, соби́рание человеческих останков [Breslau N., 2001; Brewin C., 2025]. В тех случаях, когда индивид переживает воздействие множественных или продолжительных травмирующих событий, от которых невозможно или трудно избавиться, применяют понятие «комплексная травма» (complex trauma) [Coventry P.A., 2020]. Военным вариантом последней можно считать термин «боевая психическая травма» – воздействие на индивида комплекса патогенных факторов войны, которые имеют экстремальную силу и длительность [Снедков Е.В., 1997; Литвинцев С.В., 2005].

Наиболее значительный вклад в развитие ПТСР вносят следующие обстоятельства: интенсивность и продолжительность боевых действий, степень участия в них, стрессоры,

связанные с боевой обстановкой, негативный опыт военных действий, плохая организация и неудовлетворенность руководством, перенесенные контузии, наличие увечий и инвалидности, недостаток социальной поддержки после возвращения домой [Руководство..., 1999; Снедков Е.В., 1997; Booth-Kewley S., 2013; Carlson K.F., 2010; Field..., 2006; Engelhard I.M., 2007; Fontana A., 1993, 1994; Hoge, C. W., 2004, 2008; Iversen A.C., 2008; Schneiderman, A. I., 2008; Steenkamp M.M., 2017]. Значительный травматический потенциал имеют также трудности адаптации в воинском коллективе, беспокойство о родных и близких, конфликты с начальством и сослуживцами [Руководство..., 1999; Booth-Kewley S., 2013; Carlson K.F., 2010; Field..., 2006; Engelhard I.M., 2007; Fontana A., 1993, 1994; Vogt D.S., 2008]. Среди других факторов риска называют отягощённую наследственность, искажённые типы воспитания, склонность к чрезмерным вегетативным реакциям на стресс, дефицитарность копинг-навыков и затруднения в вербализации своих переживаний, молодой и пожилой возраст, наличие связанных с войной соматических дисфункций, общественное отвержение, нестабильность семьи. Предикторами хорошего прогноза являются благополучный преморбид и сильная социальная поддержка [Снедков Е.В., 1997; Booth-Kewley S., 2013; Engdahl B.E., 1991; Friedman M.J., 1994; Steenkamp M.M., 2017; Sutker P.B., 1994]. Многими исследователями отмечается, что высокая кумулятивная подверженность травматическим событиям, например, продолжительное пребывания в боевой зоне, связана со снижением вероятности ремиссии [Kolassa I-T., 2010]. Подчёркивается значимость для прогноза раннего начала лечебно-реадаптационных мероприятий после возвращения ветеранов с войны [Macleod A.D., 1991; McDaniel E.G., 1988; O'Brien L.S., 1991; Solomon Z., 1994]. Возобновление или усиление симптомов могут вызвать любые связанные с пережитым стимулы – даты, звуки, события и др. Например, в период войны в Персидском Заливе произошло обострение ПТСР у многих ветеранов вьетнамской войны [Kobrick F.R., 1993; Long N., 1994].

Важнейшими факторами возникновения тяжелых форм ПТСР и депрессивных расстройств являются пребывание во вражеском плену и в концлагерях [Тарабрина Н.В., 2001; Eberly R.E., 1991; Engdahl B.E., 1991; Fairbank J.A. et al., 1991; Friedman M.J., 1994; Jones F.D., 1995; Miller D.J., 1991; Nefzger M.D., 1970; Solomon Z., 1994; Speed N., 1989; Sutker P.B., 1991]. К примеру, постстрессовыми расстройствами страдают 78% американцев, переживших японский плен [Sutker P.B., 1993].

Поскольку даже самые ужасающие и катастрофические события не всегда влекут развитие ПТСР, становится понятным, что существуют сложные взаимодействия между тяжестью стрессового события и индивидуальными биологическими и психологическими

факторами риска, выяснению которых посвящены многие современные исследования [Jones F.D., 1995].

Среди психических нарушений, предрасполагающих к развитию психогенных нарушений в целом и ПТСР в частности, называется нарциссическое [Bachar E. et al., 2005] и, особенно, пограничное расстройство личности [Axelrod S.L., 2005; Gunderson J.G., Sabo A.N., 1993], а также шизотипия. Последняя, якобы, способствует перитравматической диссоциации, возникновению симптомов вторжения и эмоциональных нарушений [Marzillier S.L., Steel C., 2007; Pietrzak R.H., 2011].

Описан еще один внешний фактор, влияющий на выявление и диагностику постстрессовых расстройств у ветеранов – это получение помощи в государственных или других официальных структурах, которые одновременно проводят опросы и исследования. Так, показатели выявляемости подпорогового и полного ПТСР оказались заметно выше среди ветеранов, которые используют американский Департамент по делам ветеранам в качестве основного источника медицинской помощи [Moye, J., 2022].

1.10. Биологические маркёры ПТСР

Генетические исследования, в том числе повторные полногеномные поиски ассоциаций (genome-wide association studies – GWAS), выявили наследуемые локусы риска ПТСР. Однако их результаты в значительной степени противоречивы и не повторяют друг друга, имеют общий с другими психическими расстройствами вариативный риск, что подчеркивает высокополигенный и гетерогенный характер ПТСР [Duncan L.E., 2018; Gelernter J., 2019; Nievergelt C.M., 2019; Radhakrishnan K., 2019; Stein M.B., 2021]. Поэтому в текущей клинической практике эти находки неприменимы.

Изучение ассоциаций по всему эпигеному (epigenome-wide association study – EWAS) и статуса метилирования генов-кандидатов показали связь с биологическими процессами и клиническими проявлениями ПТСР. За счет влияния стресс-факторов на метилирование CpG-сайтов различных генов запускаются цепи нейробиологических нарушений, которые могут сохраняться и после окончания действия травмирующих факторов [Al Jowf G.I., 2021; Blacker C.J., 2019; Bam M., 2016; Golubeva E., 2024; Kuan P.F., 2017; Rusiecki J.A., 2013; Rutten B.P.F., 2018; Vinkers C.H., 2015; Yang R., 2021; Yehuda R., 2013]. Тем не менее, определение эпигенетических модификаций, значимых для возникновения ПТСР и других психических расстройств у ветеранов, а тем более использование их для персональной диагностики или построения прогноза остается на стадии перспективных исследований.

Нарушение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси является ключевым моментом воздействия стресса, и биологические эндофенотипы ГГН могут быть фактором предрасположенности к развитию связанных со стрессом психических расстройств [Dunlop B.W., 2019]. Уровни циркулирующего кортизола, измеренные вскоре после переживания психической травмы, были определены как значимый предиктор последующей психической патологии [Steudte-Schmiedgen S., 2015; Mouthaan J., 2014]. В развитии ПТСР имеет значение нейровоспаление, связанное с нарушением целостности гематоэнцефалического барьера, показателем чего выступает повышение уровня провоспалительных цитокинов (интерлейкинов 6 и 1 β , фактора некроза опухоли- α) после травматического воздействия [Hori H., 2019; Loignon A., 2020; Takata F., 2021].

Выявленные биологические нарушения, связанные с ПТСР могут стать перспективными методами определения риска развития стрессовых расстройств или инструментами скрининга. Однако для этого требуется их проверка и валидизация в больших группах ветеранов, подвергавшихся воздействию различных патогенных факторов военного и мирного времени и имеющих различные варианты ПТСР и другие психические расстройства.

1.11. Психофармакотерапия боевой психической патологии

Для лечения ближайших и отдаленных последствий боевого стресса на практике применялись почти все существующие лекарства из арсенала психиатрии. Однако до сих пор нет общепризнанных данных, что какой-либо из транквилизаторов, антидепрессантов (АД), антипсихотиков (АП), нормотимиков или других психотропных средств надежно препятствует или устраняет патологические реакции на травмирующий стресс [Bisson J.I., 2007; VA/DOD..., 2018; Zohar, J., 2011]. Лишь применение гидрокортизона в первые часы после травматического события может предупреждать развитие стрессовых расстройств [Astill Wright L., 2019; Kothgassner, O. D., 2021].

Вся обсуждаемая последние десятилетия лекарственная терапия психических расстройств у ветеранов сосредоточена на лечении ПТСР и, иногда, коморбидных ему симптомов. Несмотря на кажущееся множество исследований эффективности фармакотерапии ПТСР, их результаты, по сути, свелись к повторяющимся всюду рекомендациям применения нескольких антидепрессантов (сертралина, пароксетина, флуоксетина) из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), венлафаксина – антидепрессанта из группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) и одного антипсихотика второго поколения (АВП) – кветиапина. Их преимущество обосновано результатами хорошо организованных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), но ограничивается

небольшой величиной эффекта и невысокой частотой достижения ремиссии [Bisson J.I., 2007; Cipriani A., 2018; Hoskins M.D., 2021; Pary R., 2021; Traina G., 2023].

Еще несколько препаратов – амитриптилин, GR205171 (антагонист нейрокина-1), миртазапин, фенелзин, оланзапин, рисперидон – продемонстрировали превосходство над плацебо в единичных РКИ с небольшими выборками пациентов, и эти препараты могут стать хорошими кандидатами для будущего изучения [Cipriani A., 2018; Hoskins M.D., 2021; Lehrner A., 2021; Villarreal G., 2017]. На практике около 80% всех ветеранов с ПТСР, проходящих лечение в медицинских центрах и клиниках американского Министерства по делам ветеранов (United States Department of Veterans Affairs), получают фармакотерапию, из них 89% – антидепрессанты, в основном, из группы СИОЗС, 61% – анксиолитики, 34% – антипсихотики [Mohamed S., 2008; Pary R., 2021].

Имеется ограниченное число исследований комбинированной терапии ПТСР. Противоречивые данные получены в отношении применения антиконвульсантов [Hoskins M.D., 2021; Lehrner A., 2021]. В качестве эффективной аугментации предлагают, например, α -адреноблокатор празозин и АВП рисперидон [Hoskins M.D., 2021; Pary R., 2021]. Для лечения коморбидных ПТСР психотических нарушений в РКИ с небольшими выборками доказали свою эффективность только рисперидон и кветиапин [Compean E., 2019].

Клиническая практика и РКИ показывают, что ветераны войн более устойчивы к фармакотерапии, чем другие группы пациентов с ПТСР, как в отношении ответа на лечение, так и в плане снижения тяжести симптомов [Williams T., 2022]. Ветераны с ПТСР при лечении в стационаре и в амбулаторных условиях получают более интенсивную терапию, особенно если в клинической картине выражены депрессия или аффективная неустойчивость. В частности, пациенты с постстрессовыми расстройствами и ПТСР, осложненными депрессией, в сравнении с больными только большой депрессией, чаще получают АПП и АВП, и значительно реже рекомендуемые в большинстве методических пособий СИОЗС [Mellman T.A., 2003]. При изучении эффективности отдельных лекарств и апробации схем терапии не учитываются клинические особенности и разнообразие последствий боевой психической травмы. Поэтому важным представляется анализ предпочтительных схем фармакотерапии и предикторов назначений лекарственных средств ветеранам, которые в связи с различными психическими расстройствами получают лечение в психиатрическом стационаре.

Подводя итоги обзору научных данных о психической патологии у участников и ветеранов боевых действий, можно сказать, что кроме ПТСР мы можем наблюдать много различных других психических нарушений. Причем не всегда эти психопатологические симптомы и синдромы имеют подчиненное по отношению к ПТСР значение в картине болезни.

Выявленные у ветеранов войн психические отклонения образуют разные сочетания, порой феноменологически перекликаются с психопатологией иных расстройств и даже психопатологических регистров, что ставит ряд методологических вопросов. Первый из них – насколько типичны, достаточны и достоверны в плане диагностики принятые основные признаки ПТСР, и каково значение факультативных психопатологических проявлений. Второй – о действительном соотношении основных, диагностически релевантных признаков и коморбидных психических нарушений. Третий – вообще, является ли само по себе ПТСР единственной или единой диагностической категорией, которая охватывает и в достаточной мере характеризует все психические нарушения, которые могут возникать у человека, пережившего боевой травматический стресс. Четвертый вопрос – о выборе одного из двух подходов в научном исследовании, классификации и диагностике: первого, классического категориального с разделением пациентов на дискретные диагностические группы, отличающиеся по наличию и отсутствию ключевых признаков, и второго, вошедшего в моду в связи с развитием методов математического анализа и моделирования, дименсионального подхода, когда выделяются тесно связанные друг с другом наборы, кластеры симптомов, представленность и различные сочетания которых объясняют широту оттенков психической патологии, образующих континуум психогенных расстройств, отчасти налагающийся на психические нарушения иных регистров [van der Kolk В.А., 2005]. Нет определенности в вопросе того, какие биологические нарушения лежат в основе разных вариантов психических нарушений, связанных с боевой психической травмой, и какие из них могут приобрести диагностическое значение. Наконец, трудно ожидать универсальной эффективности предложенных одновариантных схем лекарственной терапии ПТСР – сложного психического расстройства, которое на самом деле может иметь разные клинические подтипы и образовывать сложные комбинации с другими психопатологическими синдромами.

Глава 2. ОБЩАЯ СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Предпосылки выбора объекта наблюдений и инструмента исследования.

Рабочая гипотеза исследования.

Изучение клиники психических расстройств у ветеранов локальных военных конфликтов и научных данных о психических расстройствах, наблюдавшихся в войнах первой половины XX века, показывает, что перечисленные в диагностической рубрике ПТСР признаки не исчерпывают всего разнообразия симптомов боевых стрессовых расстройств. К дезадаптации ветерана приводят подчас иные психические отклонения, не указанные в рубрике ПТСР. Опыт отечественной военной психиатрии показывает, что при боевой психической патологии осевыми нарушениями выступают аффективные изменения – персистирующая и приступообразная тревога, депрессия и дисфория, повышенная возбудимость и импульсивность. Выражены настороженно-враждебное восприятие действительности, склонность к усвоенному в условиях стресса реагированию на внешние раздражители. Встречаются тяжелые психотические реакции на травматический стресс, различные диссоциативные нарушения [Гуревич И.С., 1946; Тимофеев Н.Н. 1962, Иванов Ф.И., 1970; Литвинцев С.В., 2005; Слабинский В.Ю. 2015; Снедков Е.В., 2009; 2012; Фастовцов Г.А., 2012, 2020; Шамрей В.К., 2015, 2020, 2023]. Сложная клиническая картина психопатологических последствий боевого травмирующего стресса чаще всего рассматривается в контексте теории коморбидности [Currier, J. M., 2021; Cypel, Y., 2022; Murphy D., 2021; Spikol, E., 2022; Stein M.B., McAllister T.W., 2009]. Вместе с тем последнее время отмечается, что психические последствия травматического стресса могут принимать различные психологические и клинические формы, и даже само по себе ПТСР вероятно имеет несколько фенотипов [Brewin, C. R., 2020; 2025].

Многообразные «первичные» или облигатные, связанные с влиянием боевого стресса, психические нарушения ведут к затруднению интерперсональных контактов, регрессу личностного функционирования и вторичным невротическим, поведенческим и аддиктивным нарушениям, а также к проблемам с адаптацией в обществе [Лазебная Е.О., Зеленова М.В., 1999; Шамрей В.К., 2020; 2023].

Научные данные последних лет [Dieter, J. N., 2019; Hoge C.W., 2008; Kim, S. Y., 2023; Schneiderman A.I., 2008; de Souza, N. L., 2023; Stein M.B., 2009; Vasterling, J. J., 2018] подтвердили выявленную в прошлом связь между перенесенной на фронте контузией и

развитием психических нарушений пограничного регистра, в том числе стрессовых расстройств [Гуревич М.О., 1948; Гуревич М.О., Сухарева Г.Е., 1947; Мясищев В.Н., 1945, 1947; Снежневский А.В., 1947; Тимофеев Н.Н., 1945, 1962].

На наш взгляд, взаимоотношения между типичными симптомами стрессовых расстройств и так называемыми коморбидными симптомами значительно сложнее. Они не исчерпываются присоединением или осложнением факультативными симптомами основных, сквозных стрессовых расстройств. Представляется, что, во-первых, прямые последствия воздействия боевых стресс-факторов намного разнообразнее тех, что приведены в принятой диагностической рубрике. Так, в текущем военном конфликте наиболее тяжелыми психическими расстройствами, в сюжете которых отражается боевая психическая травма, оказались средней и тяжелой степени депрессивные состояния, отмечены случаи психотических расстройств ганзеровского типа. Некоторые из психических нарушений, например, впервые возникшие после участия в боевых действиях панические приступы или флотирующая тревога, не имеют феноменологической специфичности по отношению к пережитому, неотличимы от симптомов любого пограничного психического расстройства и, поэтому, их трудно напрямую увязать с боевым стрессом. Во-вторых, психическая патология ветеранов обусловлена не только непосредственным влиянием боевых стрессоров, но и их воздействием на подчас изначально неблагоприятную почву. Среди солдат, идущих на войну, есть люди, которые уже имеют психические отклонения или повышенный риск заболеть психическим расстройством вне связи с войной. У них реактивные состояния могут протекать по-особенному, не так, как у изначально здоровых. В-третьих, ветераны проживают долгую жизнь, их опыт и впечатления не исчерпывается одной войной. Они нередко переносят серьезные потрясения в мирной жизни, которые сами по себе могут вызвать развитие психогенных реакций. Причем прежний боевой опыт и связанные с ним психобиологические изменения могут способствовать возникновению таких реакций, накладывая на них своеобразный отпечаток, предупреждать их или вовсе не иметь к ним отношения. К этому следует добавить важность сравнения частоты, структуры и динамики психических расстройств у ветеранов войн и военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях, что может уточнить значение боевого стресса в возникновении разных форм психической патологии и социальной адаптации ветеранов войн.

Поэтому *рабочей гипотезой* является предположение о многообразии психических нарушений у участников и ветеранов локальных войн, включающих различные сочетания симптомов стрессовых расстройств, изменений личности, симптомокомплексов аффективного круга и пограничного регистра, в развитии которых ведущее значение имеет констелляция

патогенных факторов – боевого психического стресса, психогений мирного времени, черепно-мозговой травмы, интоксикации алкоголем и ПАВ. Учет этих факторов и закономерностей развития последствий боевого стресса позволяет улучшить диагностику, прогнозировать динамику болезни, определять подходы к лечению ветеранов локальных войн.

2.2. Инструмент исследования. Общая характеристика объекта наблюдения

Для подтверждения или опровержения приведенной выше рабочей гипотезы проводилось клинико-психопатологическое исследование психических нарушений у действующих военнослужащих и военнослужащих запаса, принимавших участие в боевых действиях и на момент выполнения исследования получавших лечение в специализированных психиатрических стационарах – Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (далее по тексту «ПКБ № 1 ДЗМ»), Федеральном государственном бюджетном учреждении «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (далее по тексту ГВКГ). Была разработана специальная формализованная карта исследования. В нее были занесены сведения об обследованных лицах, и на этой основе создана электронная база данных, которая использована для вычислительного анализа первичных результатов.

Сведения, внесенные в базу первичных научных данных, составили три основных раздела:

1. данные о биологических и социальных факторах формирования личности, включавших сведения о наследственности, перенесенных до и после участия в боевых действиях черепно-мозговых травмах, злоупотреблении алкоголем и другими психоактивными веществами, отклонениях в психическом и физическом развитии, психотравмирующих ситуациях мирного времени;
2. данные о влиянии на личность комплекса боевых стресс-факторов с анализом их специфики, в том числе о непосредственном участии в боевых столкновениях, артобстрелах и других атаках противника, пребывании в плену, а также о перенесенных физических травмах, контузиях, ранениях, полученных увечьях, сведения об особенностях поведения в этот период, конфликтах с сослуживцами и начальниками, о развитии в период участия в боевых действиях реакций боевого стресса, случаях медицинской эвакуации из воюющего подразделения;

3. клинико-психопатологические показатели: имеющиеся симптомы и синдромы, их тяжесть и динамика, длительность болезни и число госпитализаций, время проявления психического расстройства после воздействия боевых стресс-факторов.

Научное исследование психической патологии у ветеранов в различные периоды после боевых действий затруднено в связи с отсутствием сведений о ветеранах, невозможностью их получения по причине неимения нормативных документов по учету и динамическому наблюдению за ними. Весьма сложным становится сравнение психической патологии у ветеранов боевых действий, так как в различных военных конфликтах принимали участие совершенно разные группы комбатантов, отличавшиеся по условиям прохождения военной службы, возрасту, качеству боевой подготовки.

В качестве объекта наблюдений (материала) для проведения настоящего исследования включены следующие когорты обследованных:

- *Группа участников боевых действий*: пациенты, недавно принимавшие участие в боевых действиях, которые в течение ближайших 2-х недель после воздействия боевых стресс-факторов поступали на стационарное лечение в психиатрические отделения ПКБ № 1 ДЗМ – 140 пациентов;
- *Группа ветеранов*: ветераны боевых действий, которые спустя шесть месяцев и более длительный период после боевых действий поступали на лечение в психиатрические отделения ГВКГ – 251 пациент;
- *Группа сравнения*: не принимавшие участия в боевых действиях военнослужащие и военные пенсионеры, поступавшие на лечение в психиатрические отделения ГВКГ, которые были выбраны методом рандомизации с последующей стратификацией по возрасту – всего 125 человек.

При наборе первичного научного материала учитывалась принадлежность обследованных к категории участников и ветеранов боевых действий (составляющих основные изучаемые группы) или к категории военнослужащих и военных пенсионеров, никогда не принимавших участия в военных действиях (группа сравнения).

Обследованные участники боевых действий поступали на стационарное лечение в психиатрические отделения больницы в течение ближайших 1-14 дней после эвакуации или возвращения из района боевых действий, или после проведенного лечения в хирургических отделениях многопрофильных больниц, но не более 30 дней после медицинской эвакуации с передовой.

Обследуемые ветераны поступали на стационарное лечение в психиатрические отделения военного госпиталя по прошествии, по меньшей мере, шести месяцев после

окончания участия в боевых действиях. На момент госпитализации все они имели удостоверения ветерана боевых действий установленного образца, и ранее проходили военную службу или находились в командировках в «горячих точках»: в составе ограниченного воинского контингента в республике Афганистан в 1979-1989 годах; в составе воинских частей и миротворческих миссий, дислоцированных в зоне вооруженных конфликтов на территориях государств ранее входивших в состав СССР; в составе федеральных войск, принимавших участие в восстановлении конституционного порядка в Чеченской Республике в 1994-1996 годах, и проведении контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999-2009 годах.

Критерии включения в группу участников боевых действий:

участники боевых действий, которые после воздействия боевых стресс-факторов на общих основаниях (по направлению или переводом из гражданских медицинских учреждений, в порядке оказания неотложной психиатрической помощи и по самостоятельному обращению граждан) поступали на стационарное лечение в психиатрические отделения ПКБ № 1 ДЗМ.

Критерии включения в группу ветеранов:

все военнослужащие, военные пенсионеры и военнослужащие запаса мужского пола, проходивших лечение в психиатрических отделениях ГВКГ, у которых в анамнезе имелись указания на участие в боевых действиях:

- в Афганистане в период с 1979 по 1989 гг.;
- в Абхазии в 1992-1993 годах;
- на Таджикско-Афганской границе в 1993-1994 годах;
- на Северном Кавказе в период с 1994 по 2009 год.

Некоторые из обследованных ветеранов принимали участие в боевых действиях в период нескольких различных военных конфликтов или военных операций.

Критерии исключения из основных групп участников и ветеранов боевых действий:

- пациенты, в анамнестических сведениях которых не содержалось информации об участии в боевых действиях;
- женщины, принимавшие участие в боевых действиях;
- ветеранов Великой Отечественной войны;
- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- военнослужащие, поступавшие на лечение в ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ переводом из военного госпиталя;
- ветераны боевых действия, которые получали лечение амбулаторно или в общесоматических отделениях госпиталя.

Таким образом, в *Группу участников боевых действий* оказались включены 140 человек, которые вскоре после боевых действий поступили на лечение в психиатрический стационар. Анализ психических нарушений в данной выборке проводился на основе исследования их текущего на момент обследования психического статуса и 163 медицинских карт стационарного больного (историй болезни). Средний возраст участников боевых действий составил 34,17 лет ($SD = 8,26$).

В *Группу ветеранов* включен 251 человек из числа военнослужащих, военных пенсионеров и военнослужащих запаса мужского пола, принимавших участие в боевых действиях в Афганистане, на Северном Кавказе и государствах ближнего зарубежья, ранее входивших в состав СССР. Анализ психических нарушений представителей этой группы проводился на основе исследования их текущего на момент обследования психического статуса и 636 медицинских карт стационарного больного (историй болезни), в которых находили отражение анамнестические сведения в период единичных или повторных случаев стационарного лечения. Средний возраст ветеранов составил 40,95 лет ($SD = 9,51$).

Для исключения влияния возрастного фактора на различия в структуре психической патологии у ветеранов и лиц никогда не принимавших участия в боевых действиях была создана группа сравнения. В нее вошли военнослужащие, военные пенсионеры и военнослужащие рядового состава запаса, находившиеся на лечении в ГВКГ в 1992 – 2010 годах. Отбор произведен в два этапа: 1-й этап – рандомизация с помощью генератора случайных чисел программы Excel – методом случайного выбора 10% пациентов из последовательности номеров историй болезни пациентов, которые получали лечение в психиатрических отделениях ГВКГ в период с 1992 по 2010 год, из 5000 номеров карт стационарного больного получены 500 единиц; 2-й этап – стратификация выборки с разделением ее на слои по возрасту пациентов и внесением в каждый страт такого числа больных, которое соответствует относительному числу пациентов этого же возраста из группы ветеранов, с получением в результате выборки из 125 случаев, кривая распределения возрастов которой стала эквивалентной группе ветеранов. Распределение по возрасту ветеранов и групп сравнения представлено на рисунке 2.1.

Таким образом, группа сравнения включала из 125 военнослужащих, военных пенсионеров и военнослужащих запаса мужского пола, не принимавших участия в боевых действиях, отобранных случайным методом с последующей стратификацией по возрасту из числа пациентов проходивших стационарное лечение с 1992 по 2010 год. Средний возраст военнослужащих Группы сравнения составил 39,98 лет ($SD = 10,31$), что не имело значимых отличий от среднего возраста основной группы.

Таблица 2.1. Возраст обследованных участников, ветеранов боевых действий и обследованных из групп сравнения

		N	Mean	SD	t	p	t	p
Возраст в период обследования	Участники боевых действий	140	34,17	8,26			0,313	< 0,001
	Ветераны	251	40,95	9,51	0,900	0,369		
	Группа сравнения	125	39,98	10,31				

N – величина выборки; Mean – среднее значение; SD – стандартное отклонение; t – t-критерий; p – p-значение

2.3. Методы исследования

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-социальный, клинико-эпидемиологический, катamnестический. Анализировались характерологические и поведенческие проявления в допризывном периоде, специфические психические стрессоры военного времени и соматогенные факторы боевой обстановки, психосоциальные стрессоры послевоенного времени. Оценивались психопатологические симптомы и состояния комбатантов в различные периоды заболевания, их динамика, взаимные сочетания, связь с установленным диагнозом, назначенной лекарственной терапией, ассоциации симптомов с неблагоприятными факторами военного и мирного времени. Данные клинических осмотров, динамического наблюдения, назначенные лекарственные средства, результаты экспериментально-психологического исследования вносились в специально разработанную индивидуальную регистрационную карту (форму), совокупность которых составила первичную базу данных. Индивидуальная регистрационная карта включала 197 учетных признаков.

Проведенный в главе № 1 анализ клинико-психопатологических проявлений ПТСР и принятых в различных классификациях опорных диагностических признаков (Таблица 2.2.) позволил нам в интересах данного исследования выделить основные группы психопатологических симптомов, ожидаемых в клинической картине стрессовых расстройств у военнослужащих, принимавших участие в локальных вооруженных конфликтах.

Первая группа (Интрузия) психопатологических признаков – феномены повторного переживания психической травмы (кластер интрузии), которые могут быть представлены произвольными или спровоцированными навязчивыми воспоминаниями, повторными комплексными овладевающими образно-мнестическими переживаниями травмирующих событий, повторяющимися устрашающими сновидениями (кошмарами).

Феноменологический состав первого кластера согласуется с указанными в МКБ-10 «эпизодами повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний

(реминисценций), снов или кошмаров», и полностью соответствует тому, что более детально перечислено в диагностическом кластере «В» из DSM-IV «Травмирующее событие вновь переживается в одном или более направлениях...» и DSM-V «Наличие одного (или нескольких) следующих симптомов вторжения, связанных с травматическим событием (событиями), начинающимися после того, как произошло травматическое событие».

Вторая группа симптомов (Избегание) включает характерный паттерн избегающего поведения в виде сопротивления индивида возникающим воспоминаниям и мыслям, связанным с психической травмой, а также уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающей о ней. Данный кластер частично согласуется с содержанием диагностической группы «С» из DSM-IV «Постоянное избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшее до травмы)» и полностью повторяет признаки кластера «С» из DSM-V «Постоянное избегание стимулов, связанных с травмирующим событием(ями), начавшееся после случившегося травматического события (событий)». Надо сказать, что по сравнению с односложным описанием проявлений избегания в МКБ-10, в DSM-V эта группа признаков ПТСР описана более подробно, а по сравнению с DSM-IV – значительно более точно и однородно с точки зрения клинической феноменологии. Например, в DSM-IV в кластер симптомов «С» оказались включенными такие признаки, как снижение интереса к ранее значимым видам деятельности, сужение диапазона эмоциональных реакций, чувство отрешенности и отчуждения, неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу. Перечисленные признаки в психиатрии обычно относят к разным группам расстройств – эмоциональным (сужение диапазона эмоций и отрешенность), деперсонализации (отрешенность и отчуждение) или к личностным чертам (неспособность строить планы на перспективу) [Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999]. В последней версии американской классификации DSM-V, в соответствующем кластере «С» указывается, что избегание стимулов, связанных с травмирующим событием, может иметь одно или более следующих проявлений: 1) избегание или попытки избежать вызывающих дистресс воспоминаний, мыслей или чувств о травмирующем событии или о чем-то сильно ассоциирующимся с ним; 2) избегание или попытки избежать внешних стимулов, которые актуализируют вызывающие дистресс воспоминания, мысли или чувства, касающиеся травмирующего события или чего-то связанного с ним. Остальные признаки, как «негативные изменения в познании и настроении» в DSM-V выведены в отдельный кластер «D». То же мы видим и в МКБ-11, где для различных форм избегания напоминаний о травме выделен специальный кластер, а такие как проявления отрешенности, снижение интереса или амнезия определены как дополнительные или стали

опорными для диагностики Осложненного ПТСР. Все они будут рассмотрены ниже – в шестой и седьмой группах признаков.

Третья группа симптомов (Ожидание опасности) охватывает проявления повышенной настороженности (повышенной бдительности) и усиленной реакции на испуг, которая может себя проявлять как в виде встречной агрессии, так и бегства от возможной опасности (рефлекс борись или беги / fight or flight). Эти симптомы включены в пункты 3, 4, 5 кластера «D» DSM-IV «Стойкие симптомы повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы)» и пункты 3, 4, 5 кластера «E» DSM-V «Изменения в возбуждении и реактивности, связанные с травматическим событием».

Четвертая группа признаков (Возбудимость) составлена из проявлений аффективной неустойчивости и включает раздражительность и раздражительную слабость, эксплозивные реакции, возбудимость с агрессивным поведением. Объединение этих нарушений в одну группу обусловлено, во-первых, тем, что в американских классификациях раздражительность, раздражительное поведение, вспышки гнева, выражаются в словесной или физической агрессии внесены в один из пунктов кластера «D» DSM-IV «Стойкие симптомы повышенной возбудимости (отсутствовавшие до травмы)» и кластера «E» DSM-V «Изменения в возбуждении и реактивности, связанные с травматическим событием». Во-вторых, лишь эти явные признаки недержания эмоций могут быть не противоречиво объединены в одну группу, так как характеризуют чрезмерное эмоциональное возбуждение, характерное для реакций внешней направленности (экстрапунитивных реакций). Тот же кластер американских классификаций наряду с «безрассудным и разрушительным поведением» включает такие проявления, как «повышенная бдительность» или «сверхнастороженность», «усиленная реакция испуга (startle-reflex)» или «преувеличенная реакция испуга», «проблемы с концентрацией». Однако перечисленные симптомы хотя и относятся к измененной реактивности, однако очевидно связаны с тревожным ожиданием повторения опасности, готовностью психики к реагированию на угрозу и даже с самой реакцией, как, например, реакция бегства. То есть они не являются характеристикой силы эмоционального разряда внешней направленности, но содержательно ассоциированы с травмирующим стрессом. Поэтому их закономерно относят к основным признакам стрессового расстройства и в МКБ-11 входят в основную диагностическую триаду клинических проявлений ПТСР, и выделены в предыдущий третий кластер признаков.

Пятая группа симптомов (Психогенная амнезия), включает постоянно приводимую в классификациях неспособность восстановить в памяти важные аспекты перенесенной

психической травмы. Иные диссоциативные и конверсионные нарушения в данный кластер не были включены – они анализировались как коморбидные нарушения.

Шестая группа признаков (Эмоциональное онемение или numbing) – это недостаток или отсутствие эмоциональных реакций на стимулы, которые потенциально должны вызывать эмоции. При этом индивид испытывает затруднения в осознании, переживании, выражении своих эмоций и в понимании и сопереживании чувств других людей и положительных событий. В этот же кластер отнесена ангедония, которая характеризуется неспособностью испытывать положительные чувства от того, что раньше приносило и должно было бы вызывать сейчас радость или удовольствие. Нам представляется, что все эти оттенки ослабления яркости эмоциональных реакций сложно отличить от переживания отчуждения от других людей и окружающего. Все перечисленные оттенки эмоциональной притупленности приведены в перечне дополнительных признаков ПТСР по МКБ-10, «эмоциональное онемение, особенно неспособность испытывать удовольствие или положительные эмоции» – в числе признаков, отличающих осложненное ПТСР (6B41) в непринятой у нас классификации МКБ-11, а «чувство отрешенности или отчужденности от других» и «неспособность испытывать положительные эмоции (особенно счастье, радость, удовлетворение или эмоции, связанные с близостью...)» приведены в DSM-V в виде пояснений к феноменологии критериев D6 и D7 критериев ПТСР. Сложность проведения границ между этими описаниями, а иногда и прямо схожее их понимание, частичное или полное перекрытие многих из этих феноменов предопределило объединение явлений эмоционального бесчувствия или оцепенения, ангедонии, явлений психической анестезии (деперсонализации по типу *anesthesia dolorosa psychica*) и отчуждения в одну общую группу симптомов.

Седьмая группа (Изменения личности) представляет собой набор стойких психологических особенностей ветеранов, среди которых, например, пункт 7 кластера «С» диагностической рубрики ПТСР классификации DSM-V – «неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (отсутствие планирования профессиональной карьеры, семьи, детей, нормальной продолжительности жизни)». В этот же кластер отнесены перечисленные в рубрике F62.0 «Стойкие изменения личности после переживания катастрофы» МКБ-10 такие признаки, как «враждебное или недоверчивое отношение к миру», «социальная отгороженность», «хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существования «на грани». Однако согласно положениям этой рубрики, изменения личности должны сохраняться более двух лет после воздействия травмирующего события. На деле же изменения личности у комбатантов формируется в условиях длительного, на протяжении 6-12 месяцев, воздействия боевых стресс-факторов и могут проявляться еще в боевой зоне. В рубрике 6B41

«Осложненное ПТСР» отдельно, вне наиболее вероятного контекста эмоциональной неустойчивости и депрессии, и не относящиеся к кластерам «возбудимость», «ожидание опасности» и «эмоциональное онемение» остаются только «постоянные трудности в поддержании отношений и ощущении близости с другими людьми, человек может постоянно избегать, высмеивать или проявлять лишь небольшой интерес к отношениям и общению в целом ...». Все эти признаки характеризуют усвоенные на войне индивидуальные способы переживания травмирующего стресса и стили взаимодействия с окружающим миром. К ним следует прибавить такие отмеченные разными исследователями устойчивые психологические особенности ветеранов, как настороженность, недоверие, враждебность; потеря интересов и снижение восприимчивости к чужим проблемам, чувствам и страданиям; нетерпимость и моральная ригидность; изменение ценностей и двоичная система оценок других. Основные психические особенности, которые отнесены к изменениям личности, представлены в Таблице 2.2. Все эти черты объединены в данную группу ещё по причине того, что они не относятся к другим выделенным шести кластерам признаков ПТСР, которые нашли свое место в диагностической рубрике ПТСР разных классификаций – DSM-V (309.81/F43.10), МКБ-10 (F43.1) и МКБ-11 (6B40).

Таблица 2.2. Группы признаков, предложенные в диагностических рубриках ПТСР и изменений личности разных классификаций, которые могут быть выявлены у участников и ветеранов боевых действий на разных этапах развития болезни

Группы признаков	Диагностические рубрики ПТСР и изменений личности, связанных с психической травмой, из разных классификаций			Дополнительно описанные проявления БСР
	МКБ-10: F43.1 и F62.0	МКБ-11: 6B40 и 6B41	DSM-V: 309.81 (F43.10)	
Интрузия: повторное переживание психической травмы в случайных и спровоцированных воспоминаниях, представлениях, сновидениях	Эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний, снов или кошмаров	Повторное переживание травмирующего события ... в форме ярких навязчивых воспоминаний или образов; флэшбэков, или повторяющихся сновидений или ночных кошмаров...	Повторяющиеся воспомина-ния и сны, в которых содержание или аффект связаны с травматическим событием, флэшбэки, при которых человек чувствует или действует, будто травматическое событие повторяется.	
Избегание: сопротивление воспоминаниям и мыслям, уклонение от ситуаций, х связанным с психической травмой	Уклонение от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме	Умышленное избегание напоминаний, которые могут привести к повторному переживанию травмирующего события.	Избегание или попытки избежать тягостных воспоминаний, мыслей или чувств и их внешних напоминаний	
Ожидание опасности: проявления повышенной настороженности (бдительности) и усиленной реакции на испуг	Повышенная вегетативная возбудимость, усиление реакции испуга и бессонница	Постоянное чувство текущей повышенной угрозы, ... сверхбдительность или повышенная реакция испуга.	Сверхбдительность; преувеличенная реакция испуга; проблемы с концентрацией; нарушение сна.	импульсивное защитное реагирование с автоматическими действиями – <i>рефлекс борись или беги</i>
Возбудимость: раздражи-тельность, раздражительная слабость, эксплозивные реакции, возбудимость с агрессивным поведением.	Острые вспышки агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими воспоминание о травме	Повышенная эмоциональная реактивность на стрессоры, вспышки насилия	Раздражительное поведение и вспышки гнева (с провокацией или без нее), в виде словесной или физической агрессии.	
Психогенная амнезия: неспособность восстановить в памяти обстоятельства и содержание психической травмы, свое поведение и его последствия.	—	—	Неспособность вспомнить важный аспект травмирующего события(й)	
Диссоциативные симптомы: психологически обусловленные нарушения управления психическими или физическими функциями	—	диссоциативные симптомы в состоянии стресса	Деперсонализация – чувства оторванности от своих психических процессов или тела и ощущения себя сторонним наблюдателем. Дереперсонализация – пережива-ние нереальности окру-жающего	

Продолжение таблицы 2.2.

Эмоциональное онемение, ангедония, отчуждение: широкий спектр переживаний притупления, утраты эмоций и неспособности понимать и сопереживать чувствам других людей	... хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружение, ангедонии...	эмоциональное онемение, особенно неспособность испытывать удовольствие или положительные эмоции	Чувство отрешенности или отчужденности от других. Неспособность испытывать положительные эмоции (особенно счастье, радость, удовлетворение или эмоции, связанные с близостью...)	
Тревога, депрессия, суицидальные идеи и попытки	С перечисленными симптомами обычно сочетаются тревога и депрессия, нередко суицидальная идея	Могут присутствовать суицидальные мысли и поведение, ... выраженная депрессия	... дисфорические состояния настроения	
Переживания вины, стыда, собственной ничтожности	—	Стойкие представления о себе как об униженном, никчемном, сопровождающиеся ... чувством стыда, вины или неудачи.	Стойкие негативные убеждения относительно себя, других или мира, ... которые заставляют человека винить себя или других.	
Изменения личности (кроме аффективной неустойчивости): приобретенные на войне и имеющие тенденцию к регулярному проявлению особенности поведения, которые являются выражением собственных индивидуумных отношений к себе и другим.	Враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отгороженность; хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существования «на грани».	Постоянные трудности в поддержании отношений и ощущении близости с другими людьми. Человек может постоянно избегать, высмеивать или проявлять лишь небольшой интерес к отношениям и общению в целом. В качестве альтернативы иногда могут вдруг возникать интенсивные отношения, но человеку трудно поддерживать их.		Настороженность, недоверие, враждебность; повышенная чувствительность к несправедливости; потеря прежних интересов и интереса к другим, снижение восприимчивости к чужим переживаниям и страданиям; категоричность и нетерпимость к чужому мнению; изменение ценностей и моральная ригидность, поляризация оценок: «свой – чужой», «друг – враг»; игнорирование, обесценивание или враждебность ко всему, что не связано с полученным боевым опытом.

2.4. Статистический анализ первичных научных данных

Статистический анализ результатов исследования проводился с использованием статистического программного пакета SPSS v. 27.0 (IBM, США). В качестве описательной статистики для представления качественных переменных использовали частоты и доли (%), для количественных переменных – среднее с стандартное отклонение или медиану и квартили (показатели средней тенденции и дисперсии). Во всех случаях использовали двусторонние варианты статистических гипотез. Нулевую гипотезу отвергали при $p < 0,05$. Для оценки разницы частоты категориальных переменных между уровнями группирующей переменной применяли критерий χ^2 или точный критерий Фишера (при ожидаемом числе хотя бы в одной ячейке таблицы сопряженности 5 или менее). Прогнозирование вероятности принятия диагностического или лечебного решения на основании множественных исходных признаков проводилось посредством построения логит-модели (логистической регрессии) с последовательным подбором предикторов по Вальду.

ГЛАВА 3. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ИХ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Психические расстройства, возникающие в период боевых действий и в ближайшее после них время, хорошо изучены у российских участников военных действий, которые велись на Северном Кавказе в 90-е годы прошлого века. Однако это были военные действия локального характера, с ограниченными во времени интенсивными боями и в рамках контртеррористических операций. Текущая обстановка с вовлечением большого числа граждан нашей страны в масштабные боевые действия требует проведения нового анализа психопатологических проявлений боевой психической травмы, организационных подходов и средств их коррекции. Настоящий раздел посвящен результатам изучения психических нарушений, которые наблюдались у участников боевых действий, которые в ближайшее время (в течение месяца) после возвращения из зоны боевых действий поступали на лечение в специализированный психиатрический стационар – в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (далее ПКБ 1 ДЗМ).

3.1. Клинико-психопатологические проявления психических расстройств у пациентов, получавших лечение в психиатрическом стационаре в ближайший месяц после участия в боевых действиях

Посттравматическое стрессовое расстройство было диагностировано всего у 26 (18,6%) участников боевых действий, получавших лечение в психиатрических отделениях ПКБ 1 ДЗМ.

Основными выявляемыми признаками у пациентов с диагнозом ПТСР оказались симптомы 1-й группы признаков (повторного переживания психической травмы, интрузии или вторжения) – они имели место у 101 обследованного (72,1%). Симптомы интрузии выявлялись у всех участников боевых действий с диагнозом ПТСР, а также у 75 из 114 остальных участников боевых действий (65,8%), или что составляло 98,7% от 76 тех, у кого выявлялись симптомы стрессовых расстройств, но ставился другой диагноз. Всего же симптомы 1-го кластера имели место у 101 обследованного (72,1%).

Симптомы вторжения у мобилизованных участников боевых действий, как и в случаях ПТСР, которое наблюдается по прошествии длительного (более одного года) периода, представляют собой непроизвольное, нежеланное пациенту и неуместное в конкретных обстоятельствах, часто образно яркое воспроизведение в памяти и текущих представлениях

устрашающих или иных событий и впечатлений военного времени, которые вызывают комплекс тягостных эмоций. Более того, у недавних участников боевых действий намного чаще и сильнее выражен образный компонент и чувственная яркость таких «вторжений». Это ведет к тому, что психологи и врачи-психиатры иногда считают их «галлюцинациями», а сами пациенты называют «глюками». На самом деле истинными галлюцинациями эти образные воспоминания и непроизвольные яркие чувственные представления, чаще всего, не являются. Главные отличия от галлюцинаций – осознание больным принадлежности себе возникших образов, т.е. имеющееся чувство субъективности, подобное псевдогаллюцинациям, но, в отличие от последних, быстрое осознание ложного восприятия, что «такого не может быть», это «кажется», то есть сохранность общей критической оценки. При этом в случае внезапного появления ярких воспоминаний или рождающихся под влиянием обстоятельств образов пациенты могут импульсивно, не раздумывая совершать привычные защитные действия – пытаться укрыться или встречно «атаковать» показавшуюся им угрозу. Но это почти автоматизированные реакции, закрепленные боевым опытом, они предшествуют какой-либо сознательной переработке, и нет оснований говорить, что они по определению согласуются с понятием «галлюцинация». В действительности у пациентов с симптомами ПТСР вне интоксикации алкоголем и наркотиками крайне редко приходится слышать, что пугающие образы военной тематики безусловно реальны, или наблюдать вытекающие из кажущихся образов какие-либо цепочки действий, целью которых было бы устранение/избегание угрозы или взаимодействие с этими образами (более-менее продолжительное бегство или повторяющееся нападение на мнимых противников, разговоры с невидимым собеседником). Чаще всего о таких поступках мы слышим от пациентов и родственников, и замечаем явное «сгущение красок», и очень редко о них узнаем из наблюдений врачей или рапортов полиции. Те немногочисленные примеры, когда пациенты в действительности «видели» своих сослуживцев или врага и несомненно относились к ним без критики, о чем свидетельствовали реальные последовательные и повторяющиеся действия сообразно содержанию таких образных обманов, по нашим данным, происходили в связи с употреблением алкоголя или наркотиков, у перенесших тяжелые или повторные контузии, а также у пациентов с развернутыми психотическими расстройствами. Это и есть клинические примеры галлюцинаторных переживаний, и они отмечались у 5 человек, то есть у 3,6% всех обследованных и 5% пациентов с симптомами интрузии.

В подавляющем большинстве случаев явления интрузии представляют собой возникающие беспричинно или под влиянием обстоятельств принадлежащие себе образные воспоминания или представления испытанного во время боевых действий, которые вызывают

негативные чувства, мешают текущей деятельности, но почти сразу осознаются как неадекватные ситуации. Острота и реальная актуальность повторных переживаний находит отражение в мимике, пантомимике пациентов, а также в видимых во время осмотра вегетативно-сосудистых реакциях. Так, первые дни только начатого стационарного лечения у участники боевых действий, как правило, наблюдались внешне заметные эмоциональные реакции: слезы, плач, дрожание губ, выражение на лице тревоги, испуга или волнения, сдерживающее чувства напряжение, иногда раздражение и злость. Также отмечались такие непроизвольные вегетативные реакции, как покраснение или, напротив, побледнение кожных покровов лица во время рассказа о значимых переживаниях, усиливающийся гипергидроз. Особенно броско внешние проявления эмоциональных реакций на значимые стимулы отмечались во время выяснения военного анамнеза. Надо сказать, что, в отличие от ветеранов, которые обследовались по прошествии года и более после воздействия стресс-факторов боевой обстановки, все мобилизованные военнослужащие, которые оказались в психиатрическом стационаре в пределах месяца после возвращения из зоны боевых действий и сообщали о повторяющихся навязчивых воспоминаниях, отмечали у себя сильное волнение, тревогу или другие проявления психического дистресса, возникающие в связи с непроизвольными воспоминаниями. Однако по мере лекарственной терапии уже со второй недели уменьшалась выраженность внешних проявлений, а к моменту выписки, обычно в конце 4-й недели, поведенческие и соматовегетативные индикаторы таких реакций почти исчезали, в то время как жалобы на повторяющиеся переживания часто сохранялись. Иллюстрацией феноменологии и динамики симптомов интрузии служит клинический пример 3.1., представленный в приложении к главе 3.

Более тяжелые повторные переживания травмирующего события, уже традиционно называемые «флешбэк», отмечались всего у 9 участников боевых действий, т.е. у 6,4% выборки и 8,9% тех, которые имели феномены интрузии. При них у пациентов непроизвольно и неожиданно возникали образы или яркие сцены с сюжетом угрозы нападения врага, например, прохожие, вдруг, казались солдатами противника или мельком виделись нападающие фигуры (клинический пример 3.2.). Такие, чаще всего, на мгновение мелькнувшие образы вызывают взрыв эмоций страха, ужаса или, наоборот, внезапной защитной агрессии часто с актуализацией непроизвольных приобретенных в боях двигательных стереотипов. Эти переживания иногда бывают настолько образно яркими, вызывают сильнейшие аффективные реакции и сопровождаются неадекватными действиями, направленными на устранение мнимой опасности, что могут считаться мимолетными, транзиторными, abortивными психотическими отрывками. Развернутыми психотическими эпизодами их считать затруднительно, так как они буквально

проскальзывают за несколько минут, и поэтому, а также из-за отсутствия надежных незаинтересованных свидетелей крайне трудно определить степень нарушения сознательной регуляции поведения. Чаще всего флешбэк возникает после конфликтов и в состоянии алкогольного опьянения, а также у лиц, ранее перенесших травму головы.

Повторяющиеся с разной частотой тягостные сновидения, содержательно связанные с травмой, отмечали все пациенты с диагнозом ПТСР и 97 пациентов из числа тех, у кого обнаруживались симптомы ПТСР (95,1%). Обычным сюжетом таких кошмаров были ужасающие видения гибели боевых товарищей, растерзанных тел, собирание останков сослуживцев, внезапное чье-то нападение или непонятная надвигающаяся непонятная угроза. Лишь изредка они описывали сюжет отсутствия оружия перед лицом опасности. Кошмары часто влекли за собой ночные пробуждения, сопровождающиеся чувством ужаса, вегетативными проявлениями. В некоторых случаях они сопровождались непроизвольными движениями, вскакиванием или падением с кровати. В наиболее тяжелых и сложных для психопатологической оценки случаях пациенты при неполном пробуждении от сна (в т.н. «просоночном состоянии») совершали привычные автоматизированные действия (поиск оружия, зарядание, команды) или, не успев распознать близких, проявляли к ним бессмысленную агрессию. В частности, один из пациентов, едва проснувшись, стал душить свою жену, другой принялся наносить хаотичные удары жене, еще один, пригнувшись, бросился в другую комнату. Длительность подобных эпизодов не превышала двух минут, затем больные успокаивались и какие-то мгновения еще выглядели ничего не понимающими, как будто пробуждающимися или растерянными. После окончательного пробуждения о своих действиях больные обычно вспоминали в самых общих чертах, подробности узнавали от тех, на кого напали или кто видел их в этот момент. Вопреки распространенному мнению, эти преходящие расстройства сна, похожие на сомнамбулизм, отмечались на основании самоописаний и информации от окружения всего у 4 пациентов (2,9% всей выборки и 4% имеющих симптомы повторного переживания травмы).

В отличие от ветеранов с более отсроченными симптомами ПТСР, у недавних участников боевых действий спектр феноменологических проявлений интрузии оказался не таким широким. Обследованные, как правило, предъявляли жалобы или сообщали о наличии всего двух проявлений – непроизвольных воспоминаний/образных представлений и кошмарных сновидений военной тематики. Почти всегда они сочетались у одного больного.

Симптомы 2-й группы («Избегание») выявлялись реже, чем интрузия – у 52 человек (37,1%). Избегание отмечалось одинаково часто в группах участники боевых действий с

диагностированным ПТСР – в 13 случаях из 26 (50%), и в группе с симптомами ПТСР, но без установленного диагноза – у 39 из 76 (51,3%).

Предпосылки относительно редкого обнаружения признаков избегания объяснялись в главе, посвященной психическим расстройствам у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Однако вследствие более мощного психотравмирующего воздействия в условиях боевых действий, возрастает как тяжесть, так и частота всех его психопатологических последствий (Рисунок 3.1.). Кроме того, нельзя игнорировать лучшую ориентированность врачей-психиатров на выявление симптомов ПТСР и осведомленность пациентов относительно последствий боевого стресса. Поэтому избегание и в действительности выражено более отчетливо, и чаще выявляется при обследовании.

Среди проявлений избегания, связанного с травмирующими событиями, обследованные участники боевых действий отмечали у себя сами или чаще в ответ на вопросы невольное и сознательное уклонение от разговоров и мыслей на тему войны, нежелание обсуждать что-то про войну с теми, кто на ней не был. Реже избегание обнаруживалось в игнорировании или прямом отказе сообщать военный анамнез. Обычно такое бывало на фоне пониженного, угрюмо-злобного настроения или признаков изменений личности. Когда удавалось получить от больного сведения, было заметно его сильное волнение, чувство отчаяния или даже злость и враждебность.

У недавних участников вооруженных конфликтов признаки ПТСР из 3-й феноменологической группы включали в себя: ожидание опасности и угрозы; чувство беспокойного дискомфорта из-за отсутствия при себе оружия, когда они оказывались в людных местах или на открытом участке местности; чересчур сильные реакции тревоги и испуга в ответ на внезапные раздражители, которые напоминали опасные стимулы боевой зоны – внезапный свет, резкие звуки, напоминающие выстрелы или шум «прилетов» (клинический пример 3.3).

Симптомы из группы 4 (Повышенная возбудимость) разной выраженности наблюдались у 19 пациентов с диагнозом ПТСР (73,1%), а всего они были выявлены у 75 человек, то есть 53,6% участников боевых действий и 73,5% всех, имеющих симптомы ПТСР. Реакции чрезмерной возбудимости и вспышки гнева возникали в ответ на любые эмоционально значимые раздражители, но особенно в связи с чем-то, что затрагивает пережитое на войне. Это могут быть бурные реакции на шум в доме, задержки в получении нужных документов, непонимание близких или равнодушие военных и гражданских чиновников, неуместные, несправедливые или возмутительные высказывания знакомых или незнакомых людей. Эмоциональные реакции иногда возникают как будто без причин, но в действительности на воспроизведение в памяти сцен войны, гибели товарищей или собственных неудач. Уже вскоре

после прекращения действия боевых стресс-факторов бурные взрывные реакции злости и гнева становятся характерным способом реагирования на любую, даже ничтожную, неприятность. Таким образом, симптомы повышения психологической чувствительности или реактивности создавали привычный стиль реагирования на любую неприятную и даже просто неожиданную ситуацию. Однако, по нашим наблюдениям, самые мощные взрывные аффективные реакции были свойственны больным, перенесшим черепно-мозговые травмы: иногда это были пациенты с довоенными травмами, но больше всего – с боевыми контузиями. Часто тяжелые, эксплозивные, подчас неистовые вспышки гнева, ярости и агрессии возникают у участников боевых действий в состоянии алкогольного опьянения. Злоупотребление алкоголем не столько связано своим происхождением с боевым стрессом, как влияет на общее впечатление об особой выраженности алкоголизма у ветеранов за счет повышения риска взрывных аффективных реакций, облегчения агрессии и общественно опасных действий. В свою очередь сами эмоциональные вспышки, действительно, связаны с боевой психической травмой, что подтверждается сопряженностью возбудимости с участием в боях ($p = 0,001$, $OR = 4,016$), с контузией ($p < 0,001$, $OR = 5,305$), в том числе имеющих документальные подтверждения ($p = 0,001$, $OR = 3,692$), с ранениями ($p = 0,026$, $OR = 2,150$) и увечьями ($p = 0,048$, $OR = 6,588$). И здесь снова показательно, что собственно психический травмирующий стресс и воздушно-волновая травма головного мозга действуют сообща. Поэтому на деле, в работе врача с ветеранами войн отличить аффективную неустойчивость, как психогенный личностный радикал или как первый показавший себя симптом из триады Ханса Вальтера-Бюэля (H. R. Walther-Büel, 1951), трудно не только из-за их феноменологического совпадения, но и по причине неразрывности вызывающих причин (клинический пример 3.4.).

Еще большие затруднения возникают при попытке разграничения возбудимости в рамках расстройства личности эмоционально неустойчивого типа и аффективной неустойчивости так или иначе связанной с боевым стрессом. На практике не всегда имеются надежные данные относительно наличия или отсутствия возбудимости в анамнезе до участия в боевых действиях. И даже в случаях выявления их в довоенном анамнезе эмоционально неустойчивые черты характера могут в существенной мере заостриться под влиянием боевых стрессоров и привести к дезадаптации на фронте или после возвращения к мирной жизни. С сожалением, приходится признать, что условиями дифференциального диагноза между патологическим развитием и реактивным развитием личности становится надежный, документально подтвержденный анамнез, а также установление взаимных связей между повышенной возбудимостью и облигатными признаками ПТСР и другими психопатологическими симптомами.

В отличие от ветеранов, обследованных по прошествии длительного времени после воздействия боевых стресс-факторов, у участников боевых действий эмоциональная неустойчивость по своей картине была ближе к эксплозивным вспышкам, чем к раздражительной слабости. Симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости, по самоотчетам, или по объективным сведениям, сопровождались агрессивными действиями. Их сопряженность была статистически значимой ($p = 0,014$, $OR = 2,631$).

У недавних участников боевых действий редко встречались признаки ПТСР из феноменологической группы 5 – Психогенная амнезия. Затруднение или полная неспособность воспроизведения в памяти отдельных коротких фрагментов боя отмечались у 10 обследованных (7,1%). Иногда ветераны объясняли это вполне рационально: «Все было очень скоротечно», «не успел понять, что случилось», «кажется, терял сознание». Психопатологическая квалификация данных мнестических нарушений весьма затруднена, так как здесь могут иметь значение как собственно острота аффекта, так и проявления контузии, которая порой в горячке боя не осознается. Однако в изученной нами выборке статистически значимой сопряженности этих нарушений ни с симптомами ПТСР, ни с перенесенными контузиями не выявлено, зато они были ассоциированы с диссоциативными симптомами ($p = 0,011$, $OR = 5,111$) и демонстративной манерой поведения ($p = 0,005$, $OR = 6,093$). У 9 из 10 пациентов с кратковременной амнезией отношение к продолжению службы было отрицательным.

Жалобы на полное отсутствие воспоминаний на какой-то продолжительный период времени – сутки и более – предъявляли 4 обследованных выборки (2,9%). Из них двое были эвакуированы с передовой, не имея ранений или контузий с неврологической симптоматикой, и в последующем у них отмечались диссоциативные нарушения – у одного развернутая картина ганзеровского синдрома, у другого – мнимая утрата навыков письма, чтения, автобиографическая амнезия и параплегия. Другие двое самовольно оставили часть, в последующем утверждая, что они не помнят, как это получилось. Попытки выяснить, что происходило в забытый больным период времени, вызывали раздражение, усиление оппозиционности или прямой отказ от разговора. Пациенты с продолжительной амнезией часто вели себя демонстративно и с этим паттерном поведения имеется прямая ассоциация ($p = 0,051$, $OR = 7,200$). Трое имели другие диссоциативные нарушения и, несмотря на малое число наблюдений, с ними обнаружена высокая сопряженность ($p < 0,001$, $OR = 22,500$). Во всех случаях с длительной амнезией имело место отрицательное отношение к продолжению службы в зоне боевых действий.

Выделенные в отдельную 6-ю группу признаков, переживания обеднения эмоций, включающие эмоциональное онемение, оцепенение (numbing), бесчувствие, ангедонию и

психическую анестезию отмечались у 35 обследованных участников боевых действий (25%). Затруднительно однозначно определить, относятся эти нарушения к одному феномену или представляют собой различные по своему происхождению расстройства. Иногда их называют бессознательной (диссоциативной) формой избегания травматических переживаний. Эмоциональное онемение проявляет себя тем, что обследуемый испытывает приглушение, резкое ослабление или отсутствие способности эмоционально переживать то, с чем имеет дело: ужасы войны, смерти и страдания людей, а после войны – сопереживать другим и испытывать чувства, которые были свойственны в прошлом. При этом в воспоминаниях события войны воспроизводятся порой в яркой, чувственно насыщенной форме, но эмоции от любых текущих впечатлений будто приглушены. Легкую форму, представляется, лучше всего так и называть – эмоциональное онемение, так как обычно ветераны признает ее, но подчас считают вполне удобной для себя на войне, а в реальности все же проявляют реакции и участие в жизни близких. Такие варианты отмечались у 22 человек (15,7%).

При более выраженном бесчувствии – оцепенении – эмоции полностью заморожены. Оно имело место всего у двоих пациентов выборки (1,4%). В отличие от известного деперсонализационного варианта депрессии здесь незаметно торможение ассоциативных процессов, речи и движений, не выражена соматическая составляющая, отрицается депрессия как таковая, но пациенты тяготеют таким состоянием. Если в более легких случаях ветераны лишь отмечают сами эмоциональное обеднение, то здесь они и сообщают об этом, и внешне проявляют дефицит эмоциональности: с внешней безучастностью и холодностью репортируют о важных событиях, крайне формально обозначают то, что пережили при этом.

Исследование психического состояния участников боевых действий показывает, что очень часто утрачивается не столько способность переживать душевные страдания от пережитого на войне, как возникает ангедония – утрата способности испытывать положительные чувства от того, что должно приносить удовлетворение или радость. Ангедония отмечалась у 24 человек (17,1%) и была сопряжена с депрессией различной степени выраженности. У 11 (7,9%) обследованных онемение и ангедония сочетались или их было трудно различить.

Вообще сужение спектра чувственных реакций с преобладанием эмоций отрицательного полюса, феноменологически схожих с «Unlust» (безрадостностью, неудовольствием), ранее описанных в рамках депрессивных реакций и этапов формирования психогенных развитий [Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999], скорее всего, способствуют дальнейшему переживанию безнадежности и опустошенности, отчуждению от окружающих. Последнее обычно проявлялся

тем, что у пациента исчезают общие интересы с бывшими друзьями, которые не были на войне, с трудом находятся темы для разговоров с близкими.

Тягостное переживание утраты эмоций по типу «*anaesthesia dolorosa psychica*» отмечалось лишь у одного пациента и сочеталось как с другими признаками депрессии, так и с симптомами ПТСР – гнетущими воспоминаниями травмирующих событий. Описание эмоционального «оцепенения» (numbing), достигающее степени психической анестезии содержится в клиническом примере 3.5 приложения к главе 3.

В приведенном примере хорошо видно, что эмоциональное онемение, оцепенение и психическая анестезия – чрезвычайно трудно различимые эмоциональные нарушения. Сами по себе они вряд ли могут служить опорными признаками в диагностике ПТСР, так как их оценка подчинена тому, в рамках какой доминирующей патологии они обнаруживаются – в картине депрессии, негативного синдрома шизофрении, или только лишь в связи с другими проявлениями ПТСР.

Симптомы из 7-й группы признаков (Изменения личности) отмечались у 31 (22,1%) участников боевых действий. Как уже сказано выше, к изменениям личности отнесены появившиеся после воздействия боевых травмирующих факторов и имеющие тенденцию к регулярному проявлению особенности поведения, которые являются выражением свойственных индивиду способов отношения к себе, другим людям и важной для него и общества деятельности.

Если оставить в стороне отнесенную к кластеру 4 аффективную неустойчивость, изменения личности при обследовании спустя несколько недель после оставления боевой зоны были представлены недоверием и настороженностью, неприятием альтернативных взглядов и нетерпимостью к другим, обидчивостью, потерей прежних интересов и изменением системы ценностей. Если по отдельности, недоверие и настороженность показали 16 участников боевых действий (11,4%). При истории непростых отношений с близкими или проявлении ими встречного непонимания эти черты мешали общению и микросоциальной адаптации. Неприятие альтернативы с обесцениванием всего, что не связано с полученным боевым опытом, оппозиционной настроенностью и нетерпимостью к манере поведения других людей и к чужому мнению показывали 27 пациентов (19,3%). Повышенную чувствительность к обидам и, по собственной их оценке, несправедливому отношению признавали у себя 9 (6,4%) пациентов. Изменение взглядов на жизнь, которое на деле проявляется сменой системы ценностей с поляризацией нравственных оценок, описывалось 16 (11,4%) обследованными. Ослабление или потерю прежних интересов замечали у себя 23 (16,4%). Между собой эти разные черты имели статистически значимую высокую сопряженность (Таблица 3.1.1.).

Таблица 3.1.1. Сопряженность личностных особенностей между собой, с проявлениями аффективной неустойчивости и проявлениями агрессивности у участников боевых действий

Приобретенные личностные особенности	Нетерпимость выявлена (n = 27)		Нетерпимость не выявлена (n = 113)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Недоверие (n = 16)	13	48,1	3	2,7	44,558	< 0,001	34,048
Изменение взглядов на жизнь (n = 16)	14	51,9	2	1,8	54,000	< 0,001	59,769
Утрата прежних интересов (n = 23)	20	74,1	3	2,7	80,963	< 0,001	104,76
Возбудимость (n = 75)	24	88,9	51	45,1	16,775	< 0,001	9,725
Агрессивность (n = 40)	11	40,7	29	25,7	2427	0,119	1,991
	Изменение взглядов на жизнь (n = 16)		Нет изменения взглядов на жизнь (n = 124)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Недоверие (n = 16)	8	50,0	8	6,5	26,550	< 0,001	14,500
Утрата прежних интересов (n = 23)	10	62,5	13	10,5	27,928	< 0,001	14,231
Возбудимость (n = 75)	14	87,5	61	49,2	8,361	0,004	7,230
Агрессивность (n = 40)	6	37,5	34	27,4	0,706	0,401	1,588
	Недоверчивость, подозрительность (n = 16)		Недоверчивость и нет (n = 124)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Утрата прежних интересов (n = 23)	11	68,8	12	9,7	36,019	< 0,001	20,533
Возбудимость (n = 75)	14	87,5	61	49,2	8,361	0,004	7,230
Агрессивность (n = 40)	4	25,0	36	29,0	0,113	0,737	0,815
	Утрата прежних интересов (n = 23)		Изменения интересов нет (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Возбудимость (n = 75)	20	87,0	55	47,0	12,333	< 0,001	7,515
Агрессивность (n = 40)	8	34,8	32	27,4	0,520	0,471	1,417
	Возбудимость выявлена (n = 75)		Возбудимости нет (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Агрессивность (n = 40)	28	37,3	12	18,5	6,077	0,014	2,631
	Выявлены изменения личности (n = 31)		Нет изменений личности (n = 109)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Возбудимость (n = 75)	27	87,1	48	44,0	17,992	< 0,001	8,578
Агрессивность (n = 40)	11	35,5	29	26,6	0,932	0,334	1,517

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов для симптома-признака ПТСР

Все проявления изменений личности показали значимую прямую связь с проявлениями повышенной возбудимости, но, в отличие от неё, эти нажитые личностные особенности не

показали значимой ассоциации с агрессивностью. В связи с ассоциациями между кластерами 4 и 7, есть основания полагать, что возбудимость часто представляет собой компонент общей приобретаемой на войне нажитой трансформации личности, которая обусловлена как длительной психической, так и механической травматизацией. Изменения личности. Которые прослеживаются уже в ближайших после войны период, иллюстрируются клиническим примером 3.6.

Частота послевоенных изменений личности у участников боевых действий оказалась меньше, чем у ветеранов прошлых военных конфликтов в отдаленном периоде. Однако надо учитывать, что для обнаружения аномальных личностных черт, их осознания самим индивидом и его окружением в качестве проблемных, требуется время и повторение неадаптивных форм поведения в разнообразных социальных ситуациях. Как раз этого, чаще всего и не хватало в анамнезе у обследованных нами участников боевых действий, которые обследовались вскоре после возвращения из зоны боевых действий. Кроме того, если не брать во внимание аффективной неустойчивости (4-й кластер признаков), остальные новые личностные черты в большинстве случаев оказывались умеренно выраженными. То есть сами по себе симптомы 7-го кластера, не приобрели полного набора принятых у нас критериев расстройства личности и по своей выраженности скорее соответствуют уровню акцентуации. Значимыми они становились, когда сочетались с другими симптомами ПТСР и, в первую очередь, с проявлениями аффективной неустойчивости, с которой у приобретенных на войне личностных изменений вообще и отдельных черт обнаружена сопряженность (Таблица 4.3.1).

Проявляющиеся уже вскоре после прекращения действия боевых стрессоров изменения личности не столь заметны, как подчас бросающиеся в глаза симптомы 1-го и 3-го кластеров («интрузия» и «ожидание опасности»), но их несложно выявить при первых же вопросах, и также легко отнести сюжетно к военному опыту ветерана. Поэтому уже на раннем этапе развития БСР следует их активно выявлять и считать важной составляющей наиболее проблемных случаев боевого посттравматического стрессового расстройства. Осложненное ПТСР (Complex PTSD), вошедшее в МКБ-11, по своему описанию содержит некоторые, но не все, личностные отклонения, которые прослеживаются у участников и ветеранов войн. То есть, даже такая в целом удачная диагностическая рубрика не отражает полностью клинической картины развивающихся у участников боевых действий постстрессовых расстройств.

Как и в отдаленном периоде после войны, у недавних участников боевых действий симптомы различных кластеров сочетались друг с другом. Комбинация симптомов из трех основных для установки диагноза групп признаков – интрузии, избегания и ожидания опасности – имела место у 44 недавних участников боевых действий (31,4% выборки и 43,6%

обнаруживавших симптомы ПТСР). Сочетание трех основных критериев и аффективной неустойчивости – у 31 участника боевых действий (22,1% выборки и 30,7% имевших симптоматику ПТСР), а еще и вместе с изменениями личности – всего в 16 случаях (11,4%). В целом же симптомы ПТСР проявляются одновременно, что демонстрируют и приведенные клинические примеры 3.1, 3.5. и 3.6, и что более подробно будет разобрано в следующей части настоящей главы.

Наряду с триадой облигатных и других пусть и не обязательных, но типичных, признаков у недавних участников боевых действий часто обнаруживаются другие симптомы из круга эмоциональных нарушений и невротического регистра: депрессивная симптоматика, хроническая тревога, астения, диссоциативные и соматоформные нарушения, панические приступы.

Депрессивная симптоматика имела место у 72 участников боевых действий (51,4%). В целом картина депрессивных нарушений мало отличалась от любой депрессии: гипотимия соответствующая эпизоду тяжелой степени отмечалась у 12 пациентов (8,6% выборки и 16,7% с симптомами депрессии). У остальных обследованных имели место депрессивные нарушения средней и легкой степени – у 60 (42,9% выборки и 83,3% пациентов с депрессивной симптоматикой). Депрессивная симптоматика умеренной и легкой тяжести чаще обнаруживалась у пациентов вместе с психическими нарушениями невротического круга и симптомами ПТСР, которые могли быть выражены также или преобладать в клинической картине болезни конкретного пациента. Поэтому в случаях тяжелой депрессии чаще всего ставился диагноз депрессивного эпизода, а если депрессия имела рецидивирующий характер – рекуррентного депрессивного расстройства. В тех ситуациях, когда депрессия не выходила за рамки умеренной тяжести, диагностика строилась на том, какой психопатологический синдром преобладает – депрессивный или, например, облигатные признаки ПТСР или другая невротическая симптоматика. Как видно из таблицы 3.1.2, депрессивный эпизод и РДР диагностировалась чаще при наличии апатии ($p < 0,001$, $OR = 28,846$), наблюдаемых признаков идеаторной и двигательной заторможенности ($p < 0,001$, $OR = 18,545$), то есть более тяжелой депрессии ($p < 0,001$).

Депрессия вне зависимости от установленного диагноза часто сочеталась с признаками ПТСР, невротическими симптомокомплексами или когнитивными нарушениями. Например, ПТСР диагностировалось в тех случаях, когда депрессивная симптоматика, имевшая место наряду с симптомами-критериями постстрессовых расстройств, не выходила за пределы умеренной тяжести, возникала в прямой связи с травмирующими обстоятельствами, которые

звучали в сюжете переживаний, сочеталась с тревогой, а также (но не всегда) с другой симптоматикой невротического регистра.

Таблица 3.1.2. Сопряженность симптомов стрессовых, невротических расстройств и депрессии с установленным диагнозом «Депрессивный эпизод» и «Рекуррентное депрессивное расстройство» в сравнении с установленным диагнозом ПТСР

Психопатологические симптомы	Диагноз депрессивный эпизод или РДР – F32 и F 33 (n = 28)		Установлен диагноз ПТСР (n = 26)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Любой симптом ПТСР (n = 51)	25	89,3	26	100,0	2,950	0,086	-
Интрузия (n = 51)	25	89,3	26	100,0	2,950	0,086	-
Избегание (n = 31)	18	64,3	13	50,0	1,125	0,289	1,800
Ожидание опасности (n = 40)	20	71,4	20	76,9	0,212	0,645	0,750
Возбудимость (n = 33)	14	50,0	19	73,1	3,021	0,082	0,368
Изменения личности (n = 16)	9	32,1	7	26,9	0,176	0,675	1,289
Невротические симптомы (n = 19)	7	25,0	12	46,2	2,645	0,104	0,389
Астеническая симптоматика (n = 15)	8	28,6	7	26,9	0,018	0,893	1,086
Тревога (n = 45)	23	82,1	22	84,6	0,059	0,808	0,836
Депрессия (n = 42)	28	100,0	14	53,9	16,615	< 0,001	-
Дисфория (n = 8)	6	21,4	2	7,7	2,016	0,156	3,273
Заторможенность (n = 19)	17	60,7	2	7,7	16,619	< 0,001	18,545
Апатия (n = 16)	15	53,6	1	3,8	15,987	< 0,001	28,846
Депрессия тяжелая (n = 10)	10	35,7	0	0,0	11,396	< 0,001	-
Суицидальные мысли (n = 26)	19	67,9	7	26,9	9,048	0,003	5,730
Суицидальные попытки (n = 8)	6	21,4	2	7,7	2,016	0,156	3,273

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

По результатам оценки тяжести депрессии и ее доминирования в картине болезни впервые развившийся депрессивный эпизод (чаще всего ассоциированный со стрессом) в больнице диагностировался у 22 пациентов, то есть в 15,7% случаев выявленной депрессивной симптоматики. Рекуррентное депрессивное расстройство диагностировалось у 7 человек (5% выборки и 9,7% всех случаев депрессии) – когда в довоенном анамнезе прослеживались депрессивные состояния, и текущее состояние соответствовало критериям рубрики F33.

Пониженное настроение в большинстве случаев по обстоятельствам возникновения, усиления или ослабления тяжести, а также по сюжету переживаний имело четкую связь с психогенными факторами – боевым стрессом и актуализацией травмирующих переживаний. Затруднительно указать бесспорные критерии, чтобы отличить депрессию, обусловленную боевой психической травмой и эндогенную депрессию, но, как и прежде, ключевым остается звучание в переживаниях больного темы травмирующего события – оно отмечалось у 50 обследованных с депрессией (69,4%) и имело с ней прямую значимую связь ($p = 0,019$; $OR = 2,273$). И даже в случаях, когда у участников боевых действий в довоенном анамнезе имели

место депрессивные состояния, текущий эпизод может быть спровоцирован психической травмой.

Дисфория, как угрюмо-злобный вариант пониженного настроения, отмечалась у 25 участников боевых действий (17,9%), из них у 22 (22,5%) перенесших на фронте контузии ($p = 0,030$; $OR = 3,763$). Пациенты с дисфорией чаще проявляли враждебность и агрессию в отношении других людей ($p = 0,004$; $OR = 3,531$).

Тревога – самая частая жалоба и самый часто распознаваемый врачами-психиатрами признак реакций на боевой травмирующий стресс. Она наблюдалась у 106 участников боевых действий (75,7%). В целом это отражает исключительную тяжесть переносимого травмирующего стресса и его сильное влияние на психическое здоровье человека. Тревога в изучаемой выборке имеет волнообразный (флоттирующий), постоянный или постоянный с эпизодами внезапного усиления характер динамики. Она отмечается не только в моменты навязчивых воспоминаний или когда что-то ее провоцирует. Пациенты чаще всего жалуются на ее постоянное присутствие и усиление в отдельные моменты. Выраженность хронической тревоги и ее преобладание над ситуационной тревогой, типичной для ПТСР, еще раз ставит вопрос о том, что клиническая картина постстрессовых расстройств у комбатантов не ограничивается признаками, которые изложены в классификациях.

Астеническая симптоматика отмечалась у 46 участников боевых действий (32,9%). Ее классические признаки – повышенная утомляемость при умственной и физической нагрузке, неустойчивость настроения, ослабление самообладания, нетерпеливость, гиперестезия – наблюдались у 40 получавших контузии (40,8%), и это в примерно в три раза чаще, чем у не переносивших контузий ($p = 0,002$; $OR = 4,138$). Астения сочеталась с симптомами ПТСР у 41 пациента (40,6%) и показала высокую сопряженность ($p = 0,002$; $OR = 4,436$).

Соматоформные нарушения, которые определялись у 23 пациентов (16,4%). Симптомы-признаки соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у участников боевых действий представляли собой часто повторяющееся или почти постоянное сердцебиение и ощущения перебоев в работе сердца, чувство неполноценности вдоха, тремор рук, потливость и ощущение повышенной температуры.

Диссоциативные симптомы у участников боевых действий выявлялись в 19 случаях (13,6%). Кроме психозов, которые будут описаны далее, среди диссоциативных нарушений, относящихся к психическим функциям, чаще всего обнаруживались различные обманы зрения и слуха, некоторые из которых можно назвать истинными галлюцинациями, другие – скорее иллюзиями. В прошлом или в настоящем эти расстройства отмечали у себя 6 пациентов (4,3%), и их психопатологические особенности вызывают особый интерес. Галлюцинации в картине

текущих психотических состояний, которые стали непосредственной причиной госпитализации, отмечались всего в 3-х случаях. Это были психогенные галлюцинации, в двух случаях связанные сюжетно с пережитой психической травмой – пациенты слышали звучание коптера, взрывы, выстрелы, крики раненых или команды и угрожающие реплики противника. В одном случае пациент с ганзеровским психозом с пуэрилизмом слышал «голос матери, как в детстве». Среди остальных пациентов, которые сообщали о нарушениях восприятия в анамнезе, у двоих, по рассказам, имели место психогенные элементарные галлюцинации, а один пациент описывал возникший в укрытии на передовой во время длительного артобстрела эпизод диссоциативного помрачения сознания с видениями то звездного неба, то изуродованных оживших бойцов, героев былин и кинофильмов.

Кроме развернутой картины психоза или отдельных галлюцинаций, в выборке у 9 (6,4%) отмечались другие психические нарушения. Среди них 4 человека (2,9%) демонстрировали или описывали эпизоды амнезии важных аспектов травмирующего стресса, один пациент с полисимптомной истерией предъявлял биографическую амнезию, которая вступала в диссонанс с хорошей ориентировкой в ситуации, сохранностью сложных навыков, узнаванием близких, повседневной адаптацией. 4 пациента (2,9%) в драматичной и цветистой манере описывали ассоциированную с другими диссоциативными симптомами дереализацию – острое и причиняющее им страдание переживание «нереальности всего вокруг», в котором отчетливо проскальзывала обида на всех, кто избежал участия в войне или не проявляет «понимания». Двое, имея другие диссоциативные симптомы, переносили обмороки, т.е. теряли сознание и падали в типичной «безопасной» манере. Развернутых истерических припадков с судорогами у участников боевых действий нам наблюдать не пришлось. Вместе с тем у одного из больных, наряду с явлениями истерической амнезии, отмечались эпизоды «командной истерии» в виде внезапного отключения от реальности с выкрикиванием кратких реплик и команд, которые возникали обычно в присутствии супруги и не наблюдались врачами. В сочетании с уже описанными психическими или сенсорно-моторными диссоциативными нарушениями у троих человек возникали краткие эпизоды образного флешбэка с выполнением набора привычных для боевой обстановки действий. Эти эпизоды также всякий раз описывались родными и близкими пациентов, но не повторялись в период наблюдения в стационаре.

В 11 случаях (7,9%) имелись двигательные и чувствительные нарушения. Самыми частыми из них, наблюдавшимися в 7 случаях (5%), оказались явления логоневроза – это, как правило, запинки с застреванием и повторами начальных слогов или согласных звуков первого слова фразы. Отмечалось также причудливое растягивание гласных звуков, которое усиливалось во время осмотра врача и после вопросов, касающихся планов на дальнейшую

службу. Признаками того, что это диссоциативные нарушения, служили сочетание с другими конверсионными симптомами и демонстративной манерой предъявления. У троих пациентов (2,1%) отмечались усиливающиеся при волнении и во время осмотра врачом тремор рук или дрожание тела. У троих отмечались ощущения спазма дыхания или помех при дыхании и глотании по типу «globus hystericus». Двое пациентов предъявляли жалобы на парестезии и двое – на утрату чувствительности, которая при осмотре обнаруживала несоответствие зонам иннервации и имела характер анестезии по типу носков. Двое пациентов демонстрировали моноплегию и параплегию, и у них же отмечались явления астазии-абазии. Надо сказать, что в последних двух случаях у пациентов обнаруживалась самая разнообразная конверсионная симптоматика, а всего «полисимптомная истерия» отмечалась у троих участников боевых действий (2,1%). Функциональные чувствительно-двигательные и соматизированные симптомы у участников боевых действий встречались примерно с той же частотой, что и диссоциативные психические нарушения.

Демонстративное поведение проявлялось чрезмерной и драматизированной эмоциональностью при предъявлении плохого самочувствия, описании своих жалоб и анамнеза, утрированном усилении предъявляемых расстройств во время осмотра. В случаях диссоциативных двигательных нарушений иногда, напротив, очевидное нарушение в спонтанных жалобах искусственно игнорировалось, но подчеркивалось всем рисунком поведения, когда пациенты находились в поле зрения врачей и медперсонала. Клиническая картина диссоциативных расстройств представлена в клиническом примере 3.7.

Из всей выборки участников боевых действий 5 человек (3,6%) в период обследования обнаруживали диссоциативные психотические расстройства, которые стали причиной госпитализации в нашу больницу. Другие психические нарушения, которые могли быть ретроспективно оценены как диссоциативные психотические нарушения и были описаны в своем субъективном анамнезе больными с истерическими чертами поведения или другими диссоциативными симптомами, были рассмотрены в общей группе диссоциативных расстройств. Это объясняется риском отнести к диссоциативным психозам расстройства иного генеза, а также феномены ложного воспоминания или псевдологию.

В период лечения в ПКБ 1 ДЗМ наблюдались следующие клинические варианты диссоциативных психозов: истерический ступор с последующим развитием пуэрилизма; псевдодеменция с пуэрилизмом и отрывочными слуховыми галлюцинациями; депрессия и преходящий диссоциативный ступор; пуэрилизм со слуховыми галлюцинациями; слуховые галлюцинации и галлюцинации воображения. В отдаленном, довоенном анамнезе ни у одного из пациентов не прослеживалось какого-либо расстройства личности и даже истерической

акцентуации характера, не отмечалось диссоциативных расстройств или другой психической патологии. Они никогда до войны не обращались к психиатру. Все проходили службу по призыву, и четверо были демобилизованы на общих основаниях, а один во время службы по призыву подписал контракт на службу в армии. Психотическая симптоматика возникла у четырех военнослужащих, переживших воздействие боевых стрессоров тяжелой степени или экстремальной силы. Трое переносили повторные контузии, и последняя контузия, наиболее тяжелая, стала причиной эвакуации, двое получили ранения. Развитию психотических симптомов – ступора, галлюцинаций и ганзеровских форм – предшествовали усиливающиеся невротические нарушения. Среди «инициальных» невротических симптомов всегда присутствовала нарастающая тревога, у двоих отмечалась депрессия невротического уровня, у четырех – диссоциативные двигательные и чувствительные нарушения, у троих – симптомы-признаки ПТСР. Все психотические состояния или кратковременные эпизоды возникали не сразу после воздействия психической травмы, а спустя дни и недели после эвакуации военнослужащего из боевой зоны, в связи с предстоящим возвращением обратно в свою воинскую часть, и у одного диссоциативный ступор развился после известия о гибели боевых товарищей. Психотические эпизоды имели разную длительность: тенденция к более затяжному течению была характерна ганзеровским формам (псевдодеменции и пуэрилизму), скоротечность – диссоциативному ступору. Психотическая симптоматика ганзеровского типа иллюстрируется клиническим примером 3.8.

Последовательность развития диссоциативных психозов, когда их началу предшествует невротическая симптоматика, аффективные расстройства, ажитация, которая сменяется ступором, была описана советскими психиатрами на материале Великой Отечественной войны [Иванов Ф.И., 1970; Тимофеев Н.Н., 1962]. В наших наблюдениях интересным было то, что псевдодеменция и пуэрилизм в двух случаях постепенно развивались на фоне уже существующей и сохраняющейся полиморфной невротической симптоматики и оставалась неразвернутой и не полностью заменяла собой расстройства невротического и аффективного регистров.

Среди когнитивных расстройств нарушения памяти выявлены у 16 участников боевых действий (11,4%) иногда при клиническом интервью и наблюдении, но чаще – при экспериментально-психологическом исследовании. Если говорить о клинически выраженных нарушениях памяти – они укладывались в понятие дисмнестических расстройств, то есть ослабления воспроизведения и, реже, удержания следов информации. Проявления инертности мышления, имевшиеся у 30 пациентов выборки (21,4%), проявлялись обстоятельностью, гипердетализацией с затруднением выделения существенного содержания, лабиринтностью

повествования. У 10 обследованных (7,1%) при сравнении понятий и толковании пословиц, а также при патопсихологическом исследовании выявлялось снижение уровня обобщений – установление ассоциаций на основании конкретных и функциональных признаков.

Наряду с диссоциативными психотическими симптомами у 23 участников боевых действий (16,4%) диагностировались психотические расстройства, которые традиционно называются эндогенными, в МКБ-10 входят в группу /F2/ «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», а в МКБ-11 в группу 6A2 «Шизофрения и другие первичные психотические расстройства». Среди них параноидная шизофрения была диагностирована у 5 (3,6%), шизоаффективное расстройство – у 5 (3,6%), острые и преходящие психотические расстройства – у 5 (3,6%), шизотипическое расстройство – у 8 (5,7%) участников боевых действий, из них у двоих был подтвержден ранее установленный диагноз. В выборке участников боевых действий число диагностированных расстройств круга шизофрении /F2/ оказалось больше, чем среди участников КТО. В таблице 3.1.1. видно, что, в основном, такое превышение связано с относительно частым диагнозом «шизотипическое расстройство». Соотношение других установленных диагнозов можно объяснить различиями в диагностике шизофрении и шизоаффективного расстройства.

Клинико-психопатологический анализ показал, что у больных с диагностированной шизофренией в 4 случаях имело место приступообразно-прогредиентное течение, в картине обострений были выражены симптомы психического автоматизма и псевдогаллюцинации, которые у 3 пациентов сочетались не только с бредом воздействия, но и с бредом инсценировки, манихейским бредом и развитием на высоте психоза острой парафренией. У одного больного шизофренией имел место многолетний бред преследования с трансформацией в хроническую парафрению. Ни в одном из случаев диагностированной шизофрении не было выявлено симптомов ПТСР. У трех пациентов тема войны своеобразно преломлялась в абсурдных переживаниях, например, двое пациентов были задержаны на Красной площади, где искали встречи или мысленно общались с главой государства, чтобы рассказать правду про войну или донести важную секретную информацию, один больной в фантастических бредовых переживаниях «силой мысли управлял войсками» и «все делал для поражения противника».

У всех пятерых больных с диагностированным шизоаффективным расстройством или шизоаффективным вариантом шизофрении (F25) в картине психоза доминировал острый чувственный бред с переживанием инсценировки, развитием антагонистического бреда, наличием ассоциативного психического автоматизма. У одного из них на высоте приступа развилось онейроидное помрачение сознания. У двух пациентов имел место депрессивно-бредовой вариант приступа, у троих – наоборот, преобладал маниакальный аффект. На этапах

обратного развития психоза у четверых отмечались диссимуляция болезненных переживаний. Симптомов ПТСР ни у одного из этих пациентов не отмечалось. У двоих в сюжете бредовых переживаний среди прочего звучала тема войны: один из пациентов слышал «голоса» противника, другой высказывал идеи обвинения его в предательстве и считал, что за ним следят сослуживцы и командиры, чтобы «доказать вину и отдать под трибунал».

Впервые возникшие острые психотические расстройства, длительность которых не превышала одного месяца, наблюдались у 5 пациентов. У одного из них психоз развивался стремительно на фоне алкогольного опьянения в момент возвращения из отпуска в воинскую часть, характеризовался острым бредом значения и инсценировки, и длился около двух суток, после чего в быстро восстановилась частичная критика. У другого больного в послеоперационном периоде и при отсутствии сведений о какой-либо интоксикации развивался острый бред преследования с обманами по типу «иллюзорного галлюциноза» Пауля Шрёдера (F. G. P. Schroeder, 1926) [Сметанников П.Г. 1996], который редуцировался в течение трех суток, но без восстановления критики. У трех других пациентов манифестные приступы характеризовались шизофреноподобной симптоматикой с синдромом Кандинского-Клерамбо (психическим автоматизмом, псевдогаллюцинациями и бредом воздействия), продолжительность которой на момент постановки окончательного диагноза не превышала одного месяца. У четырех на этапах ослабления остроты или редукции психоза отмечалась недоступность и диссимуляция болезненных переживаний. В трех случаях у пациентов с транзиторными психозами отмечались симптомы ПТСР, о которых становилось известно уже после купирования психотической симптоматики. Всего лишь у одного бред имел типичные для реактивных состояний сюжетные особенности – пациенту казалось, что водитель машины, в которой он ехал на фронт, является вражеским диверсантом.

Из 8 участников боевых действий, которым был поставлен диагноз шизотипического расстройства (F21), у четырех отмечалась в анамнезе и в статусе психопатоподобная симптоматика, у одного – неврозоподобные нарушения. Двоим пациентам диагноз шизотипического расстройства или псевдопсихопатической шизофрении был поставлен задолго до участия в боевых действиях, шесть человек, имея его симптомы, ранее никогда в поле зрения психиатра не попадали. Ключевыми для первичной диагностики становились клинически выраженные структурные нарушения мышления, стойкие и отслеживающиеся на протяжении долгого времени эксцентричность и чуждаковатость, странные убеждения и поступки, магическое мышление, а также выявленные аттенуированные психотические симптомы – малый автоматизм (обрывы и наплывы мыслей, феномен открытости), эпизодическое переживание внешнего воздействия, транзиторные псевдогаллюцинации,

феномены малой кататонии. Относительная частота выявленного шизотипического расстройства может объясняться несколькими обстоятельствами: очевидным снижением барьерной функции ВВК военкоматов, заключением контрактов на военную службу пациентами при их низкой способности реально оценивать вероятные риски и свои возможности, что ведет к быстрой дезадаптации в тяжелых условиях военных действий. Надо отметить, что у двоих больных с давно диагностированным шизотипическим расстройством имело место коморбидное злоупотребление алкоголем и явно более выраженная эмоциональная дефицитарность, что в этих конкретных случаях снижало чувствительность к боевому стрессу – пациенты оказывались в больнице, так как, вернувшись в отпуск, проявляли нарушения поведения. У трех пациентов этой подгруппы имелись симптомы ПТСР – повторного переживания и ожидания опасности. В отличие от больных с психотическими формами эндогенных расстройств у пациентов с шизотипическими нарушениями лишь в двух случаях отмечалась недоступность в плане выявления болезненных переживаний, но в двух случаях отмечалось явное преувеличение тяжести имеющихся психических нарушений.

Как явствует из описания психотических расстройств, у участников боевых действий с бредовыми формами расстройств лишь в двух случаях, у 13%, отмечены типичные для реактивных состояний военного времени сюжетные черты, такие как бред проникновения диверсантов или обвинения в предательстве. Однако все остальные клинко-психопатологические проявления свидетельствовали об аутохтонном, не связанном с воздействием стрессоров возникновении психоза с реактивной окраской сюжета болезненных переживаний. В большинстве случаев шизофрении тема войны находила отражение в абсурдных, фантастических идеях спасения страны и установления мира. Симптомы ПТСР – интрузия и ожидание опасности – отмечались только у больных с манифестными приступами и с шизотипическим расстройством. Большинству пациентов, 11 из 15 (73,3%), которые переносили бредовые психозы, оказалась свойственна та или иная степень недоступности и диссимуляция болезненных переживаний. У лиц с шизотипическим расстройством, напротив, диссимуляция наблюдалась всего в одном случае (12,5%). Преувеличенная манера жалоб случалась лишь у двух пациентов с шизотипическим расстройством (25%).

Обобщая можно сказать, что в военном конфликте большинство бредовых психозов возникает вне прямой связи с воздействием травмирующего стресса, события войны всего лишь отражаются в сюжете бредовых и галлюцинаторных переживаний, причем тем меньше, чем дольше длится болезнь и ближе ее течение к непрерывному. Сама по себе психопатологическая структура психозов – ее клиническая динамика, синдромальное оформление, особенности

отношения и критики к болезненным переживаниям – остаются типичной для эндогенных психозов.

3.2. Взаимные связи симптомов ПТСР и других психопатологических симптомов и синдромов у участников боевых действий

Абсолютное большинство участников боевых действий при поступлении в стационар обнаруживают картину смешанной психической патологии – у них часто одновременно присутствуют симптомы-признаки ПТСР, проявления депрессии и тревоги, астении, иногда диссоциативные и соматоформные нарушения. Например, сочетание симптомов ПТСР и флотирующей или хронической тревоги имели место у 86 (61,4%) обследованных выборки, симптомов ПТСР и депрессии – у 60 (42,9%). Иллюстрацией сочетания различных проявлений ПТСР может служить клинический пример 3.9.

Приведенное в данном клиническом примере и во всех предыдущих показательное сочетание разнообразных и взаимосвязанных до неразличимости психических нарушений аномально-личностного, органического и психогенного происхождения, на самом деле, встречается очень часто у обследованных нами участников текущего военного конфликта. Коморбидность психических расстройств, особенно пограничного регистра, у участников войн, часто сочетание в каждом конкретном случае разнообразных психопатологических симптомов и синдромов затрудняет однозначную трактовку диагноза. Выставление диагноза в случаях смешанной психопатологической картины, к сожалению, может исходить из ведомственных, экспертных или местных установок, знаний, навыков и индивидуальных предпочтений врача. Но, конечно, до тех пор, пока мы не будем знать патогенез психических расстройств, наиболее достоверным и клинически обоснованным будет диагноз, который строится на анализе психопатологической структуры и динамики, доминировании в картине болезни конкретных нарушений, их влияния на адаптацию индивида и учета факторов возникновения и развития болезни. Анализ взаимной сопряженности психопатологических симптомов, а также связи между патогенными факторами и клиническими проявлениями у участников боевых действий представлен ниже.

Взаимное сопоставление симптомов-признаков ПТСР показало их исключительно сильную статистически значимую сопряженность, для интрузии, избегания, гиперреактивности и изменений личности имевшую высокие значения критерия Пирсона и отношения шансов, при p -значении ниже 0,001 (Таблица 3.2.1.). Полученные данные практических наблюдений врачей-психиатров убедительно показывают психопатологическое единство симптомов-критериев

диагностики ПТСР, и уверенную обоснованность их обозначения в качестве облигатных или ядерных признаков боевого ПТСР.

Таблица 3.2.1. Сопряженность симптомов-признаков ПТСР у участников боевых действий

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Симптомы повторного переживания (n = 101)		Нет симптомов повторного переживания (n = 39)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	26	25,7	0	0,0	12,329	< 0,001	-
Избегание (n = 52)	52	51,5	0	0,0	31,944	< 0,001	-
Чувство опасности (n = 80)	76	75,2	4	10,3	48,527	< 0,001	26,600
Возбудимость (n = 75)	68	67,3	7	17,9	27,581	< 0,001	9,420
Изменения личности (n = 31)	30	29,7	1	2,6	12,020	< 0,001	16,056
	Симптомы избегания (n = 52)		Нет симптомов избегания (n = 88)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	13	25,0	13	14,8	2,261	0,133	1,923
Интрузия (n = 101)	52	100,0	49	55,7	31,944	< 0,001	-
Чувство опасности (n = 80)	47	90,4	33	37,5	37,328	< 0,001	15,667
Возбудимость (n = 75)	35	67,3	40	45,5	6,276	0,012	2,471
Изменения личности (n = 31)	20	38,5	11	12,5	12,779	< 0,001	4,375
	Чувство повышенной опасности (n = 80)		Нет чувства повышенной опасности (n = 60)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	20	25,0	6	10,0	5,101	0,024	3,000
Интрузия (n = 101)	76	95,0	25	41,7	48,527	< 0,001	26,600
Избегание (n = 52)	47	58,8	5	8,3	37,328	< 0,001	15,667
Возбудимость (n = 75)	58	72,5	17	28,3	26,890	< 0,001	6,668
Изменения личности (n = 31)	30	37,5	1	1,7	25,536	< 0,001	35,400
	Возбудимость (n = 75)		Нет возбудимости (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	19	25,3	7	10,5	4,884	0,027	2,811
Интрузия (n = 101)	68	90,7	33	50,8	27,581	< 0,001	9,420
Избегание (n = 52)	35	46,7	17	26,2	6,276	0,012	2,471
Чувство опасности (n = 80)	58	77,3	22	33,8	26,890	< 0,001	6,668
Изменения личности (n = 31)	27	87,1	4	6,2	17,992	< 0,001	8,578
	Изменения личности (n = 31)		Нет изменений личности (n = 109)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	7	22,6	19	17,4	0,423	0,515	1,382
Интрузия (n = 101)	30	96,8	71	65,1	12,020	0,001	16,056
Избегание (n = 52)	20	64,5	32	29,4	12,779	< 0,001	4,375
Чувство опасности (n = 80)	30	96,8	50	45,9	25,536	< 0,001	35,400
Возбудимость (n = 75)	27	87,1	48	44,0	17,992	< 0,001	8,578

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов для симптома-признака ПТСР

В группах участников боевых действий с выявленными симптомами ПТСР, которым был поставлен и не поставлен диагноз, не выявлено значимых закономерностей сочетания симптомов-признаков и соответствующего им диагноза – диагноз ставился вне зависимости от наличия и состава облигатных симптомов (Таблица 3.2.2.). Этот факт позволяет предположить, что в основе диагностического выбора лежит не сам по себе набор признаков ПТСР, а наличие или отсутствие других психопатологических проявлений.

Таблица 3.2.2. Сопряженность диагностированного ПТСР с его симптомами-признаками у участников боевых действий

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Диагноз ПТСР (n = 26)		Признаки ПТСР без диагноза (n = 76)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Любой симптом ПТСР (n = 102)	26	100,0	76	100,0			
Все признаки ПТСР (интрузии, избегания, гиперреактивности) (n = 32)	10	38,5	22	28,9	0,814	0,367	1,534
Интрузия (n = 101)	26	100,0	75	98,7	0,268	0,678	0,986
Избегание (n = 52)	13	50,0	39	51,3	0,013	0,908	0,949
Чувство опасности (n = 80)	21	80,8	59	77,6	0,127	0,844	1,111
Возбудимость (n = 68)	19	73,1	49	64,5	0,645	0,422	1,496
Изменения личности (n = 31)	7	26,9	24	31,6	0,199	0,656	0,798

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ коморбидности показал, что участников боевых действий, имеющих симптомы ПТСР, при сравнении подгрупп с установленным диагнозом ПТСР и другими диагностированными психическими расстройствами (Таблица 3.2.3.), выявлены значимые различия сопряженности следующих психических нарушений: в случаях диагностированного ПТСР реже обнаруживались любые эмоциональные нарушения ($p = 0,005$; $OR = 0,191$), проявления психической и физической заторможенности ($p = 0,046$; $OR = 0,233$), апатии ($p = 0,032$; $OR = 0,139$), а также почти трехкратное (хотя и без статистической значимости) различие частоты дисфории. Т.е., перечисленные психопатологические проявления – признаки депрессивной симптоматики – предопределяли отказ врача от диагностики ПТСР и выбор другого диагноза из раздела F3 (расстройства настроения), чаще всего депрессивного эпизода. В подгруппе с диагностированным ПТСР в два раза реже выявлялось ослабление памяти, в три раза реже – проявления инертности мышления. Эта разница не достигает статистической значимости, но приближается к зоне неопределенности, а с учетом повышенного значения критерия Пирсона и низкого $od\ ratio$ дает основание ожидать достоверность при увеличении выборки.

Таблица 3.2.3. Сопряженность диагностированного ПТСР и других психических расстройств у участников боевых действий, имеющих симптомы ПТСР

Психопатологические симптомы	Диагноз ПТСР у участников боевых действий с симптомами ПТСР (n = 26)		Диагноза ПТСР нет у участников боевых действий с симптомами ПТСР (n = 76)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 47)	12	46,2	35	46,1	0,000	0,993	1,004
Астеническая симптоматика (n = 41)	7	26,9	34	44,7	2,557	0,110	0,455
Панические приступы (n = 10)	2	7,7	8	10,5	0,176	0,675	0,708
Фобии (n = 3)	1	3,8	2	2,6	0,100	0,752	1,480
Ипохондрия (n = 1)	0	0,0	1	1,3	0,345	0,557	-
Демонстративная манера жалоб (n = 35)	7	26,9	28	36,8	0,846	0,358	0,632
Диссоциативные симптомы (n = 16)	2	7,7	14	18,4	1,686	0,194	0,369
Соматоформные нарушения (n = 20)	5	19,2	15	19,7	0,003	0,955	0,968
Обсессии (n = 2)	1	3,8	1	1,3	0,645	0,422	3,000
Эмоциональные нарушения (n = 90)	19	73,1	71	93,4	7,724	0,005	0,191
Тревога (n = 86)	22	84,6	64	84,2	0,002	0,961	1,031
Депрессивная симптоматика (n = 60)	14	53,8	46	60,5	0,357	0,550	0,761
Дисфория (n = 18)	2	7,7	16	21,1	2,379	0,123	0,313
Заторможенность (n = 22)	2	7,7	20	26,3	3,972	0,046	0,233
Апатия (n = 18)	1	3,8	17	22,4	4,573	0,032	0,139
Ослабление памяти (n = 13)	2	7,7	11	14,5	0,801	0,371	0,492
Инертность (n = 21)	2	7,7	19	25,0	3,549	0,060	0,250
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 13)	4	15,4	9	11,8	0,219	0,640	1,354
Психоз эндогенный (n = 8)	1	3,8	7	9,2	0,771	0,380	0,394
Психоз диссоциативный (n = 4)	0	0,0	4	5,3	1,424	0,233	-
Агрессивность (n = 26)	5	19,2	21	27,6	0,720	0,396	0,624
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 18)	1	3,8	17	22,4	4,573	0,032	0,139

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Среди психических нарушений невротического регистра в подгруппе с диагностированным ПТСР в 1,7 раза реже отмечались астеническая симптоматика и в 2,4 раза – диссоциативные нарушения, хотя эти расхождения и не достигают статистической значимости. Также в группе участников боевых действий, имеющих симптомы ПТСР и установленный другой диагноз, чаще встречались случаи, когда жалобы или отклонения поведения вызвали у врачей подозрение насчет их мотивированного предъявления ($p = 0,032$; $OR = 0,139$). Таким

образом, диагностика боевого ПТСР состоит из двух параллельно протекающих процессов: выявления и регистрации облигатных симптомов ПТСР и исключения факультативных психических нарушений, выраженное проявление которых, как правило, трактуется в пользу альтернативного диагноза.

Однако, если отвлечься от собственно предпосылок и обоснования установки диагноза, обращает внимание, что клинические случаи с набором облигатных признаков (Таблица 3.2.4.), имеют сопряженность с наличием соматоформных нарушений ($p = 0,006$; $OR = 3,636$) и панических атак ($p = 0,034$; $OR = 3,815$), депрессивной симптоматики ($p = 0,002$; $OR = 3,750$), в том числе явлений заторможенности ($p = 0,009$; $OR = 3,248$) и апатии ($p = 0,042$; $OR = 2,627$), дисфории ($p = 0,005$; $OR = 3,517$). Полному набору главных симптомов-признаков ПТСР чаще, чем при их неполном наборе, сопутствовала ганзеровская симптоматика – явления псевдодеменции и пуэрилизма ($p = 0,044$; $OR = 5,483$). Напротив, при наличии психозов эндоформной психопатологической структуры и первичных психозов полный набор признаков ПТСР регистрировался в виде исключения ($p = 0,001$ и $p = 0,017$ соответственно).

Таблица 3.2.4. Сопряженность полного набора диагностических признаков ПТСР и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Сочетание всех симптомов ПТСР (n = 32)		Нет всего набора признаков ПТСР (n = 108)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 53)	16	50,0	37	34,3	2,600	0,108	1,919
Астеническая симптоматика (n = 46)	13	40,6	33	30,6	1,135	0,287	1,555
Панические приступы (n = 10)	5	15,6	5	4,6	4,500	0,034	3,815
Фобии (n = 3)	1	3,1	2	1,9	0,191	0,662	1,710
Ипохондрия (n = 3)	1	3,1	2	1,9	0,191	0,662	1,710
Диссоциативные симптомы (n = 19)	5	15,6	14	13,0	0,149	0,699	1,243
Соматоформные нарушения (n = 22)	10	31,3	12	11,1	7,559	0,006	3,636
Обсессии (n = 2)	0	0,0	2	1,9	0,601	0,438	-
Эмоциональные нарушения (n = 114)	29	90,6	85	78,7	2,320	0,128	2,616
Тревога (n = 106)	27	84,4	79	73,1	1,692	0,193	1,982
Депрессивная симптоматика (n = 72)	24	75,0	48	44,4	9,227	0,002	3,750
Дисфория (n = 25)	11	34,4	14	13,0	7,716	0,005	3,517
Заторможенность (n = 26)	11	34,4	15	13,9	6,851	0,009	3,248
Апатия (n = 23)	9	28,1	14	13,0	4,133	0,042	2,627
Ослабление памяти (n = 16)	4	12,5	12	11,1	0,047	0,828	1,143
Инертность (n = 30)	5	15,6	25	23,1	0,830	0,362	0,615
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	1	3,1	34	31,5	10,586	0,001	0,070

Продолжение таблицы 3.2.4.

Психопатологические симптомы	Сочетание всех симптомов ПТСР (n = 32)		Нет всего набора признаков ПТСР (n = 108)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Психоз эндогенный (n = 23)	1	3,1	23	21,3	5,739	0,017	0,119
Психоз диссоциативный (5)	3	9,4	2	1,9	4,057	0,044	5,483
Агрессивность (n = 40)	9	28,1	31	28,7	0,004	0,949	0,972
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (25)	5	15,6	20	18,5	0,141	0,707	0,815

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Сопоставление случаев, когда у участника боевых действий отмечался любой симптом из числа признаков ПТСР, с другими психопатологическими симптомами или синдромами (Таблица 3.2.5.) показало, что проявлениям ПТСР достоверно часто сопутствуют многие расстройства: вообще различные нарушения невротического регистра ($p = 0,001$, OR = 4,558), астеническая симптоматика ($p = 0,002$, OR = 4,436), панические приступы ($p = 0,045$), соматоформные симптомы ($p = 0,001$, OR = 4,558), эмоциональные расстройства ($p = 0,001$, OR = 4,375) и, в частности, тревога ($p < 0,001$, OR = 4,838) и депрессия ($p = 0,004$, OR = 3,095). С отсутствием симптомов ПТСР оказались сопряжены психотические расстройства ($p < 0,001$, OR = 0,105).

Таблица 3.2.5. Сопряженность симптомов-признаков ПТСР и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Наличие любого симптома ПТСР (n = 102)		Нет симптомов ПТСР (n = 38)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 53)	47	46,1	6	15,8	10,797	0,001	4,558
Астенические симптомы (n = 46)	41	40,5	5	13,2	9,174	0,002	4,436
Панические приступы (n = 10)	10	9,8	0	0,0	4,012	0,045	-
Фобии (n = 3)	3	2,9	0	0,0	1,142	0,285	-
Ипохондрия (n = 3)	1	1,0	2	5,3	2,422	0,120	0,178
Демонстративное поведение (43)	35	34,3	8	21,1	2,288	0,130	1,959
Диссоциативные симптомы (19)	16	15,7	3	7,9	1,433	0,231	2,171
Соматоформные нарушения (22)	20	19,6	2	5,3	4,301	0,038	4,390
Обсессии (n = 2)	2	2,0	0	0,0	0,756	0,385	-
Эмоциональные нарушения (114)	90	88,2	24	63,2	11,513	0,001	4,375
Тревога (n = 106)	86	84,3	20	52,6	15,113	< 0,001	4,838
Депрессивная симптоматика (72)	60	58,8	12	31,6	8,227	0,004	3,095
Дисфория (n = 25)	18	17,6	7	18,4	0,011	0,915	0,949
Заторможенность (n = 26)	22	21,6	4	10,5	2,232	0,135	2,338
Апатия (n = 23)	18	17,6	5	13,2	0,406	0,524	1,414
Ослабление памяти (n = 16)	13	12,7	3	7,9	0,643	0,422	1,704
Инертность (n = 30)	21	20,6	9	23,7	0,158	0,691	0,835
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	13	12,7	22	57,9	30,100	< 0,001	0,105

Продолжение таблицы 3.2.5.

Психопатологические симптомы	Наличие любого симптома ПТСР (n = 102)		Нет симптомов ПТСР (n = 38)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Психоз эндогенный (n = 23)	8	7,8	16	42,1	22,881	< 0,001	0,117
Психоз диссоциативный (n = 5)	4	3,9	1	2,6	0,134	0,715	1,510
Агрессивность (n = 40)	26	25,5	14	36,8	1,748	0,186	0,586
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 25)	18	17,6	7	18,4	0,011	0,915	0,949

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

При рассмотрении связи отдельных, частных симптомов ПТСР с прочими психическими нарушениями в отношении облигатных признаков ПТСР обнаруживается та же закономерность, что и при анализе сопряженности всей совокупности или разнообразия симптомов ПТСР. Так как у всех участников боевых действий с наличием симптомов ПТСР выявляются вторгающиеся переживания (интрузия), изучение ее сопряженности с коморбидными нарушениями повторяет данные Таблицы 3.3.5.

Симптомы избегания (Таблица 3.2.6.) имеют положительную связь в целом с нарушениями невротического круга ($p = 0,023$, OR = 2,259) и среди них проявлениями астении ($p = 0,010$, OR = 2,571), паническими атаками ($p = 0,029$, OR = 4,407), соматоформными симптомами ($p = 0,005$, OR = 3,684), с эмоциональными расстройствами ($p = 0,003$, OR = 5,779), в том числе тревогой ($p = 0,022$, OR = 2,845), депрессией ($p < 0,001$, OR = 5,000), апатией ($p = 0,010$, OR = 3,234) и заторможенностью ($p = 0,001$, OR = 4,263), а также обратную взаимосвязь с психотической симптоматикой ($p < 0,001$, OR = 0,067).

Таблица 3.2.6. Сопряженность симптомов избегания и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Выявлено избегание (n = 52)		Нет избегания (n = 88)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 53)	26	50,0	27	30,7	5,185	0,023	2,259
Астеническая симптоматика (n = 46)	24	46,2	22	25,0	6,630	0,010	2,571
Панические приступы (n = 10)	7	13,5	3	3,4	4,980	0,029	4,407
Фобии (n = 3)	1	1,9	2	2,3	0,019	0,890	0,843
Ипохондрия (n = 3)	1	1,9	2	2,3	0,019	0,890	0,843
Демонстративное поведение (n = 43)	20	38,5	23	26,1	2,333	0,127	1,766
Диссоциативные симптомы (n = 19)	10	19,2	9	10,2	2,259	0,133	2,090
Соматоформные нарушения (n = 22)	14	26,9	8	9,1	7,847	0,005	3,684
Обсессии (n = 2)	0	0,0	2	2,3	1,199	0,274	0,977
Эмоциональные нарушения (n = 114)	49	94,2	65	73,9	8,966	0,003	5,779
Тревога (n = 106)	45	86,5	61	69,3	5,271	0,022	2,845
Депрессивная симптоматика (n = 72)	39	75,0	33	37,5	18,401	< 0,001	5,000

Продолжение таблицы 3.2.6.

Психопатологические симптомы	Выявлено избегание (n = 52)		Нет избегания (n = 88)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Дисфория (n = 25)	13	25,0	12	13,6	2,877	0,090	2,111
Заторможенность (n = 26)	17	32,7	9	10,2	10,908	0,001	4,263
Апатия (n = 23)	14	26,9	9	10,2	6,636	0,010	3,234
Ослабление памяти (n = 16)	6	11,5	10	11,4	0,001	0,975	1,017
Инертность (n = 30)	9	17,3	21	23,9	0,834	0,361	0,668
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	2	3,8	33	37,5	19,744	< 0,001	0,067
Психоз эндогенный (n = 23)	2	3,8	22	25,0	10,297	0,001	0,120
Психоз диссоциативный (n = 5)	3	5,8	2	2,3	1,160	0,281	2,633
Агрессивность (n = 40)	11	21,2	29	33,0	2,230	0,135	0,546
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 25)	7	13,5	18	20,5	1,090	0,297	0,605

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Повышенное чувство опасности показало примерно те же ассоциации, что и другие основные группы признаков ПТСР (Таблица 3.2.7.).

Таблица 3.2.7. Сопряженность симптомов ожидания опасности и гиперреактивности и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Повышенное чувство опасности (n = 80)		Нет повышенного чувства опасности (n = 40)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (53)	37	46,3	16	26,7	5,589	0,018	2,366
Астеническая симптоматика (46)	33	41,3	13	21,7	5,960	0,015	2,538
Панические приступы (10)	10	7,1	2	3,3	2,297	0,130	3,222
Фобии (n = 3)	1	1,3	2	3,3	0,710	0,400	0,367
Ипохондрия (n = 3)	1	1,3	2	3,3	0,710	0,400	0,367
Демонстративное поведение (43)	22	27,5	21	35,0	0,906	0,341	0,704
Диссоциативные симптомы (19)	11	13,8	8	13,3	0,005	0,943	1,036
Соматоформные нарушения (22)	17	21,3	5	8,3	4,319	0,038	2,968
Обсессии (n = 2)	1	1,3	1	1,7	0,042	0,837	0,747
Эмоциональные нарушения	72	90,0	42	70,0	9,069	0,003	3,857
Тревога (n = 106)	68	85,0	38	63,3	8,753	0,003	3,281
Депрессивная симптоматика (72)	52	65,0	20	33,3	13,764	< 0,001	3,714
Дисфория (n = 25)	14	17,5	11	18,3	0,016	0,899	0,945
Заторможенность (n = 26)	20	25,0	6	10,0	5,101	0,024	3,000
Апатия (n = 23)	16	20,0	7	11,7	1,734	0,188	1,893
Ослабление памяти (n = 16)	7	8,8	9	15,0	1,323	0,250	0,543
Инертность (n = 30)	13	16,3	17	28,3	2,973	0,085	0,491
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	10	12,5	25	41,7	15,556	< 0,001	0,200
Психоз диссоциативный (5)	3	3,8	2	3,3	0,017	0,895	1,130
Агрессивность (n = 40)	19	23,8	21	35,0	2,126	0,145	0,578

Выявлены положительные связи с нарушениями невротического круга ($p = 0,018$, $OR = 2,366$), в том числе астенией ($p = 0,015$, $OR = 2,538$) и соматоформными симптомами ($p = 0,038$, $OR = 2,968$), с эмоциональными расстройствами ($p = 0,003$, $OR = 3,281$), в том числе тревогой ($p = 0,003$, $OR = 3,281$) и депрессией ($p < 0,001$, $OR = 3,714$). Повышенное чувство опасности имеет обратную взаимосвязь с психотической симптоматикой ($p < 0,001$, $OR = 0,200$). Итак, основные три группы признаков ПТСР – интрузии, избегания и чувства опасности – ассоциированы с большим числом психических нарушений невротического круга и тревожно-депрессивных нарушений, и образуют вместе с ними общий психопатологический комплекс, вне которого симптомы ПТСР встречаются скорее в виде исключения. Поэтому в зависимости от преобладающих тревожных, депрессивных, специфических невротических симптомов большинству участников боевых действий ставится диагноз не самого ПТСР, а, например, смешанного тревожного и депрессивного, другого невротического расстройства или депрессивного эпизода.

Раздражительность и гневливость (возбудимость или группа признаков 4), как наиболее просто идентифицируемое и бросающееся в глаза проявление эмоциональной неустойчивости, показало сопряженность только со всей совокупностью нарушений невротического регистра ($p = 0,003$, $OR = 2,982$) и дисфорией ($p = 0,013$, $OR = 3,336$) (Таблица 3.2.8). Возбудимость также ассоциирована с агрессивностью ($p = 0,014$, $OR = 2,631$). То есть проявления эмоциональной неустойчивости в меньшей степени связаны с невротическими симптомами и патологией настроения – тревогой и депрессией, но сопряжены с угрюмо-злым компонентом пониженного настроения и агрессивностью.

Таблица 3.2.8. Сопряженность симптомов возбудимости с другими психическими расстройствами у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Выявлена возбудимость (n = 75)		Нет возбудимости (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 53)	37	49,3	16	24,6	9,043	0,003	2,982
Астеническая симптоматика (46)	26	34,7	20	30,8	0,240	0,624	1,194
Панические приступы (n = 10)	7	9,3	3	4,6	1,169	0,280	2,127
Фобии (n = 3)	2	2,7	1	1,5	0,211	0,646	1,753
Ипохондрия (n = 3)	1	1,3	2	3,1	0,505	0,477	0,426
Демонстративная манера жалоб (n = 43)	24	32,0	19	29,2	0,125	0,723	1,139
Диссоциативные симптомы (19)	10	13,3	9	13,8	0,008	0,930	0,957
Соматоформные нарушения (22)	14	18,7	8	12,3	1,063	0,303	1,635
Обсессии (n = 2)	2	2,7	0	0,0	1,758	0,185	-
Эмоциональные нарушения (114)	64	85,3	50	76,9	1,629	0,202	1,745
Тревога (n = 106)	60	80,0	46	70,8	1,614	0,204	1,652
Депрессивная симптоматика (72)	38	50,7	34	52,3	0,038	0,846	0,936

Продолжение таблицы 3.2.8.

Психопатологические симптомы	Выявлена возбудимость (n = 75)		Нет возбудимости (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Дисфория (n = 25)	19	25,3	6	9,2	6,155	0,013	3,336
Заторможенность (n = 26)	15	20,0	11	16,9	0,218	0,641	1,227
Апатия (n = 23)	12	16,0	11	16,9	0,022	0,883	0,935
Ослабление памяти (n = 16)	12	16,0	4	6,2	3,335	0,068	2,905
Инертность (n = 30)	20	26,7	10	15,4	2,632	0,105	2,000
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	11	14,7	24	36,9	9,199	0,002	0,294
Психоз эндогенный (n = 23)	6	8,0	18	27,7	9,507	0,002	0,227
Психоз диссоциативный (n = 5)	3	4,0	2	3,1	0,086	0,769	1,313
Агрессивность (n = 40)	28	37,3	12	18,5	6,077	0,014	2,631
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 25)	13	17,3	12	18,5	0,030	0,862	0,926

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Изменения личности, особенности которых у ветеранов войн описаны выше, из всего многообразия коморбидных психопатологических симптомов оказались ассоциированы только с дисфорией ($p = 0,018$, $OR = 2,984$), а также имели статистически значимую обратную связь с психотическими нарушениями ($p = 0,026$, $OR = 0,258$). То есть комбатантные изменения личности, имеющие сильную сопряженность с основными симптомами ПТСР, не имеют значимой связи с большинством коморбидных психопатологических симптомов, которые, в свою очередь, также ассоциированы с облигатными признаками ПТСР (Таблица 3.2.9).

Таблица 3.2.9. Сопряженность изменений личности и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Выявлены изменения личности (n = 31)		Нет Изменений личности (n = 109)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 53)	15	48,4	38	34,9	1,877	0,171	1,752
Астеническая симптоматика (46)	13	41,9	33	30,3	1,487	0,223	1,663
Панические приступы (n = 10)	2	6,5	8	7,3	0,029	0,866	0,871
Фобии (n = 3)	1	3,2	2	1,8	0,223	0,637	1,763
Ипохондрия (n = 3)	1	3,2	2	1,8	0,223	0,637	1,763
Демонстративная манера жалоб (n = 43)	7	22,6	36	33,0	1,238	0,266	0,591
Диссоциативные симптомы (19)	4	12,9	15	13,8	0,015	0,902	0,928
Соматоформные нарушения (22)	6	19,4	16	14,7	0,398	0,528	1,395
Обсессии (n = 2)	0	0,0	2	1,8	0,577	0,447	-
Эмоциональные нарушения (114)	28	90,3	86	78,9	2,083	0,149	2,496
Тревога (n = 106)	26	83,9	80	73,4	1,441	0,230	1,885
Депрессивная симптоматика (72)	18	58,1	54	49,5	0,702	0,402	1,410

Продолжение таблицы 3.2.9.

Психопатологические симптомы	Выявлены изменения личности (n = 31)		Нет Изменений личности (n = 109)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Дисфория (n = 25)	10	32,3	15	13,8	5,629	0,018	2,984
Заторможенность (n = 26)	7	22,6	19	17,4	0,423	0,515	1,382
Апатия (n = 23)	7	22,6	16	14,7	1,089	0,295	1,695
Ослабление памяти (n = 16)	3	9,7	13	11,9	0,121	0,728	0,791
Инертность (n = 30)	6	19,4	24	22,0	0,102	0,750	0,850
<i>Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)</i>	3	9,7	32	29,4	4,986	0,026	0,258
<i>Психоз эндогенный (n = 23)</i>	1	3,2	23	21,1	5,429	0,020	0,125
Психоз диссоциативный (n = 5)	1	3,2	4	3,7	0,014	0,906	0,875
Агрессивность (n = 40)	11	35,5	29	26,6	0,932	0,334	1,517
Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 25)	4	12,9	21	19,3	0,666	0,414	0,621

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таким образом, проявления аффективной неустойчивости вместе с изменения личности у ветеранов занимают обособленное положение в картине боевой психической патологии, мало связаны с нарушениями невротического и эмоционального регистра и, на самом деле, образуют вместе с облигатными симптомами ПТСР особый личностный вариант боевых стрессовых расстройств.

3.3. Связь психической патологии у участников боевых действий с неблагоприятными факторами боевой обстановки и мирного времени

Как явствует из ранее проведенных научных исследований и всего опыта военной психиатрии, предпосылками оформления и закрепления психических расстройств у участников и ветеранов войн могут выступать многие условия и обстоятельства индивидуального развития, но основной движущей силой возникновения собственно боевых стрессовых расстройств принято считать комплекс патогенных факторов, действующих на человека в период военных действий. Их каузальная атрибуция строится, в основном, на повторяющихся наблюдениях и установлении ассоциаций, так как выполнение эксперимента в боевых условиях по многим причинам остается невыполнимым. Однако даже проверка значения ассоциаций психических нарушений с большинством неблагоприятных факторов не производилась, во всяком случае в отношении боевой психической патологии у российских ветеранов боевых действий.

В процессе сбора данных выделены различные обстоятельства анамнеза довоенной жизни обследованных пациентов и тех факторов военной службы, которые стало возможным

определить на основе сведений, которые излагал о себе сам пациент, или которые можно было получить из имеющейся персональной документации. Такими доступными клинико-психопатологическому методу условиями довоенной жизни стали: известная психопатологическая наследственность, диагностированные или распознанные в процессе текущего исследования психические расстройства, которые имели место до участия в боевых действиях, довоенное злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков, психические травмы мирного времени, перенесенные ранее черепно-мозговые травмы, судимость.

Среди травмирующих факторов и факторов риска военного времени определялись следующие: участие в наступательных и оборонительных боях (в том числе стрелковых), обстрелы артиллерией и атаки беспилотных летательных аппаратов (БПЛА), ранения, контузии и отдельно контузии, которые подтверждены медицинскими документами, полученные увечья, госпитализации с поля боя по любым причинам, употребление алкоголя на фронте (в период участия в боевых действиях), конфликты на службе (неуставные взаимоотношения).

3.3.1. Взаимная сопряженность изучавшихся неблагоприятных факторов

Прежде чем проводить сопоставление стресс-факторов и психических расстройств, выполнен анализ сопряженности предполагаемых факторов риска между собой. В таблицах 3.3.1. и 3.3.2. представлены статистические значимые взаимосвязи факторов риска.

Таблица 3.3.1. Сопряженность между собой факторов, которые влияют на развитие БСР, у участников боевых действий (таблицы сопряженности*)

Факторы развития психических расстройств	Попадали под обстрелы (n = 123)		Не попадали под обстрелы (n = 32)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	105	85,4	3	17,6	38,844	< 0,001	27,222
Контузии (n = 98)	96	78,0	2	11,8	31,248	< 0,001	26,667
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	47	38,2	2	11,8	4,592	0,032	4,638
Ранение (n = 68)	67	54,5	1	5,9	14,116	< 0,001	19,143
	Ранения (n = 68)		Нет ранений (n = 72)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Обстрелы (n = 123)	67	98,5	56	77,8	14,116	< 0,001	19,143
Участие в боях (n = 108)	64	94,1	44	61,1	21,607	< 0,001	10,182
Контузии (n = 98)	57	83,8	41	56,9	12,032	0,001	3,918
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	38	55,9	11	15,3	25,344	< 0,001	7,024
Увечье (n = 8)	8	11,8	0	0,0	8,984	0,003	-
Госпитализация с ЛБС (86)	62	91,2	24	33,3	49,383	< 0,001	20,667
ЧМТ до войны (n = 27)	18	26,5	9	12,5	4,385	0,036	2,502
Судимость (n = 17)	12	17,6	5	6,9	3,755	0,053	2,871
	Контузии (n = 98)		Контузий нет (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Обстрелы (n = 123)	96	98,0	27	64,3	31,248	< 0,001	26,667
Участие в боях (n = 108)	90	91,8	18	42,9	40,000	< 0,001	15,000
Контузии подтвержденные (n = 49)	49	100,0	0	0,0	32,308	< 0,001	2,000
Ранение (n = 68)	57	58,2	11	26,2	12,032	0,001	3,918
	Контузии подтвержденные (n = 49)		Подтвержденных контузий нет (n = 91)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Обстрелы (n = 123)	47	95,9	76	83,5	4,592	0,032	4,638
Участие в боях (n = 108)	46	93,9	62	68,1	11,973	0,001	7,172
Контузии (n = 98)	49	100,0	49	53,8	32,308	< 0,001	-
Ранение (n = 68)	38	77,6	30	33,0	25,344	< 0,001	7,024
Увечье (n = 8)	6	12,2	2	2,2	5,967	0,015	6,209
Госпитализация с ЛБС (86)	46	93,9	40	44,0	33,500	< 0,001	19,550
Конфликты на службе (n = 25)	3	6,1	22	24,2	7,077	0,008	0,205

Продолжение таблицы 3.3.1.

Факторы развития психических расстройств	Увечье (n = 8)		Увечий нет (n = 132)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Ранение (n = 68)	8	100,0	0	0,0	9,984	0,003	-
Контузии подтвержденные (49)	6	75,0	43	32,6	5,967	0,015	6,209
Госпитализация с ЛБС (86)	8	100,0	78	59,1	5,328	0,021	-
	Конфликты на службе (n = 25)		Конфликтов на службе не было (n = 115)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузии подтвержденные (49)	3	12,0	46	40,0	7,077	0,008	0,205
Госпитализация с ЛБС (86)	10	40,0	76	66,1	5,898	0,015	0,342
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	6	24,0	9	7,8	5,616	0,018	3,719
Психотравмы мирного времени (n = 8)	4	16,0	4	3,5	5,976	0,014	5,286
	Злоупотребляли алкоголем на фронте (n = 15)		На фронте алкоголем не злоупотребляли (n = 135)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Конфликты на службе (n = 25)	6	40,0	19	15,2	5,616	0,018	3,719
Наследственная отягощенность (n = 20)	5	33,3	15	12,0	4,978	0,026	3,667
Психические отклонения до войны (n = 66)	14	93,3	52	41,6	14,384	< 0,001	19,654
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	14	93,3	14	11,2	56,467	< 0,001	111,00
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	6	40,0	19	15,2	5,616	0,018	3,719
ЧМТ до войны (n = 27)	6	40,0	21	16,8	4,631	0,031	3,302
	Госпитализация на фронте (n = 86)		Госпитализации на фронте не было (n = 54)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузии подтвержденные (49)	46	53,5	3	5,6	33,500	< 0,001	19,550
Ранение (n = 68)	62	72,1	6	11,1	49,383	< 0,001	20,667
Увечье (n = 8)	8	9,3	0	0,0	5,328	0,021	-
Конфликты на службе (n = 25)	10	11,8	15	27,8	5,898	0,015	0,342
	РБС на фронте (n = 32)		РБС на фронте не было (n = 108)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	29	90,6	79	73,1	4,274	0,039	3,549
Психические отклонения до войны (n = 66)	9	28,1	57	52,8	6,021	0,014	0,350
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	1	3,1	27	25,0	7,383	0,007	0,097
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	1	3,1	24	22,2	6,138	0,013	0,113
ЧМТ до войны (n = 27)	1	3,1	26	24,1	6,960	0,008	0,102

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 3.3.2. Сопряженность между собой довоенных факторов, которые влияют на развитие БСР у участников боевых действий

Факторы развития психических расстройств	Наследственная отягощенность (n = 20)		Наследственной отягощенности нет (n = 120)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	12	60,0	96	80,0	3,889	0,049	0,375
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	5	25,0	10	8,3	4,978	0,026	3,667
Психические отклонения до войны (n = 66)	16	80,0	50	41,7	10,109	0,001	5,600
Судимость (n = 17)	6	30,0	11	9,2	6,974	0,008	4,247
	Психические отклонения до войны (n = 66)		До войны психических отклонений не было (n = 74)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	14	21,2	1	1,4	14,384	< 0,001	19,654
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	26	39,4	2	2,7	29,353	< 0,001	23,400
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	21	31,8	4	5,4	16,592	< 0,001	8,167
ЧМТ до войны (n = 27)	21	31,8	6	8,1	12,599	< 0,001	5,289
Судимость (n = 17)	15	22,7	2	2,7	13,112	< 0,001	10,588
	Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)		Злоупотребления алкоголем до войны не было (n = 112)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	14	50,0	1	0,9	56,467	< 0,001	111,00
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	12	42,9	13	11,6	14,913	< 0,001	5,712
ЧМТ до войны (n = 27)	13	46,4	14	12,5	16,565	< 0,001	6,067
Психические отклонения до войны (n = 66)	26	92,9	40	35,7	29,353	< 0,001	23,400
	Употребление наркотиков до войны (n = 25)		Употребления наркотиков до войны не было (n = 115)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	6	24,0	9	7,8	5,616	0,018	3,719
ЧМТ до войны (n = 27)	9	36,0	18	15,7	5,462	0,019	3,031
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	12	48,0	16	13,9	14,913	< 0,001	5,712
Психические отклонения до войны (n = 66)	21	84,0	45	39,1	16,592	< 0,001	8,167
Судимость (n = 17)	10	40,0	7	6,1	22,138	< 0,001	10,286
	ЧМТ до войны (n = 27)		ЧМТ до войны не было (n = 113)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Ранение (n = 68)	18	66,7	50	44,2	4,385	0,036	2,520
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	6	22,2	9	8,0	4,631	0,031	3,302
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	13	48,1	15	13,3	16,565	< 0,001	6,067
Психические отклонения до войны (n = 66)	21	77,8	45	39,8	12,599	< 0,001	5,289
Психические травмы мирного времени (n = 8)	4	14,8	4	3,5	5,142	0,023	4,739
Судимость (n = 17)	10	37,0	7	6,2	19,432	< 0,001	8,908

Продолжение таблицы 3.3.2

	Психотравмы мирного времени (n = 8)		Психотравм мирного времени не было (n = 132)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Конфликты на службе (25)	4	50,0	21	15,9	5,976	0,014	5,286
ЧМТ до войны (n = 27)	4	50,0	23	17,4	5,142	0,023	4,739
	Установка на службу (n = 19)		Установки на службу нет (n = 121)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	18	94,7	90	74,4	3,859	0,049	6,200
<i>РБС на фронте</i> (n = 32)	1	5,3	31	25,6	3,859	0,049	0,161

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Из представленных данных видно, что собственно стресс-факторы боевой обстановки – участие в боях, обстрелы, контузии, ранения и госпитализации с ЛБС между собой имеют статистически значимые сильные положительные ассоциации с высоким отношением шансов (Таблица 3.3.1.): ранения, конечно же, сопряжены с попаданием под обстрелы ($p < 0,001$; OR = 19,143) и непосредственным участием в боях ($p < 0,001$; OR = 10,182), госпитализацией с ЛБС ($p < 0,001$; OR = 20,667), а также с контузиями ($p = 0,001$; OR = 3,918) и увечьями ($p = 0,003$); контузии, в свою очередь, сопряжены с обстрелами ($p < 0,001$; OR = 26,667) и боями ($p < 0,001$; OR = 15,000). Заметим, что подтвержденные медицинскими документами контузии, кроме связи с обстрелами и участием в боях, показали сопряженность с высоким отношением шансов с полученными увечьями ($p = 0,015$; OR = 6,209) и с госпитализацией с ЛБС ($p < 0,001$; OR = 19,550), что наглядно демонстрирует, что регистрация контузий происходит, как правило, в случае получения военнотружущим ранения, которое требовало эвакуации.

Связь довоенных предпосылок между собой и с военными травматическими факторами представлена в Таблице 3.3.2. Установлена их высокая взаимная сопряженность. Например, выявленная до войны психическая патология имела положительную связь с довоенным злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$; OR = 23,400) и наркотиками ($p < 0,001$; OR = 8,167), ЧМТ ($p < 0,001$; OR = 5,289), судимостью ($p < 0,001$; OR = 10,588).

На Рисунке 3.1. в приложении к главе 3 хорошо видно, что прослеженные у участников боевых действий факторы риска взаимной сопряженностью образуют две компактные группы: 1) взаимосвязанные собственно боевые стресс-факторы, включающие участие в боях, артобстрелы, ранения и контузии, а также госпитализации с поля боя, которые в совокупности претендуют на роль главной детерминанты боевых стрессовых расстройств; 2) довоенные факторы – наследственная отягощенность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, черепно-

мозговые травмы, судимость – вместе образующие индивидуальную довоенную predisposition.

Реакции боевого стресса, которые возникали в зоне боевых действий, показали положительную ассоциацию с участием в боях ($p = 0,039$; $OR = 3,549$), а с такими факторами мирного времени, как довоенные психические расстройства ($p = 0,014$; $OR = 0,350$), употребление наркотиков ($p = 0,013$; $OR = 0,113$) и злоупотребление алкоголем ($p = 0,007$; $OR = 0,097$) неожиданно показали обратную связь, то есть не подтвердили зависимость непосредственных стрессовых реакций от изначальной predisposition.

Злоупотребление алкоголем на фронте, которое рассматривается, и как следствие действия боевой психической травмы, и как фактор последующего развития стрессовых расстройств, на самом деле, не обнаружило сопряженности с собственно боевыми стресс-факторами, зато оказалось положительно связано с конфликтами на службе ($p = 0,018$; $OR = 3,719$), довоенным злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$; $OR = 111,000$) и употреблением наркотиков ($p = 0,018$; $OR = 3,719$), с наследственной отягощенностью ($p = 0,026$; $OR = 3,667$), психическими расстройствами, которые обнаруживали себя до участия в боевых действиях ($p < 0,001$; $OR = 19,654$) и с довоенными черепно-мозговыми травмами ($p = 0,031$; $OR = 3,302$). Последние могут быть обусловлены частым алкогольным опьянением, в котором повышается как риск получения случайной травмы, так и побоев.

Судимость у участников боевых действий показала положительную связь с наследственной отягощенностью психическими расстройствами ($p = 0,008$), довоенными психическими нарушениями ($p < 0,001$), злоупотреблением наркотиками ($p < 0,001$), перенесенными до войны ЧМТ ($p < 0,001$), но также и с полученными на фронте ранениями ($p = 0,053$), что объясняется частым выполнением ранее судимыми «контрактниками» рискованных боевых заданий.

Отслеженная у участников боевых действий установка на службу показала прямую сопряженность с непосредственным участием в боях ($p = 0,049$; $OR = 6,200$) и обратную связь с перенесенными на фронте реакциями боевого стресса ($p = 0,049$; $OR = 0,161$).

3.3.2. Связь ПТСР с факторами боевой обстановки и мирного времени

Анализ сопряженности диагностированного ПТСР с факторами боевой обстановки (Таблица 3.3.3.) продемонстрировал, что последние никак не влияют на установку диагноза. Среди составляющих довоенную predisposition обратную связь и диагнозом ПТСР имеет наличие психических отклонений ($p = 0,006$; $OR = 0,270$) и перенесенные до войны черепно-мозговые травмы ($p = 0,027$; $OR = 0,135$). То есть, само по себе наличие первого критерия

диагностики – воздействия события чрезвычайного угрожающего характера – не имеет определяющего значения в установлении диагноза ПТСР.

Таблица 3.3.3. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с диагностированным ПТСР у участников боевых действий

Стресс-факторы	Диагностировано ПТСР (n = 26)		ПТСР не диагностировано (n = 114)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	22	84,6	86	75,4	1,011	0,315	1,791
Артобстрелы (n = 123)	24	92,3	99	86,8	0,593	0,441	1,818
Контузии (n = 98)	22	84,6	76	66,7	3,248	0,072	2,750
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	9	34,6	40	35,1	0,002	0,964	0,979
Ранение (n = 68)	10	38,5	58	50,9	1,306	0,253	0,603
Увечье (n = 8)	1	3,8	7	6,1	0,207	0,649	0,611
Вражеский плен (n = 2)	0	0,0	2	1,8	0,463	0,496	-
РБС на фронте (n = 32)	5	19,2	27	23,7	0,238	0,626	0,767
Госпитализация с ЛБС (86)	12	46,2	74	64,9	3,144	0,076	0,463
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	2	7,7	13	11,4	0,305	0,581	0,647
Конфликты на службе (25)	5	19,2	20	17,5	0,041	0,839	1,119
Положительная установка на участие в боевых действиях (n = 19)	3	11,5	16	14,0	0,113	0,737	0,799
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Наследственная отягощенность (n = 20)	1	3,8	19	16,7	2,842	0,092	0,200
Психические отклонения до войны (n = 66)	6	23,1	60	52,6	7,421	0,006	0,270
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	6	23,1	22	19,3	0,189	0,664	1,255
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	6	23,1	19	16,7	0,593	0,441	1,500
ЧМТ до войны (n = 27)	1	3,8	26	22,8	4,890	0,027	0,135
Судимость (n = 17)	1	3,8	16	14,0	2,060	0,151	0,245
Психотравмы мирного времени (n = 8)	1	3,8	7	6,1	0,207	0,649	0,611

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Гораздо информативнее оказалось сопоставление верифицированных стрессоров боевой обстановки и факторов довоенной предрасположенности с самими по себе симптомами, входящими в критерии диагностики ПТСР (Таблица 3.3.4.).

В целом наличие каких-либо клинических признаков ПТСР оказалось статистически значимо сопряженным с данными военного анамнеза об участии в боях ($p < 0,001$; OR = 6,846), попадании под артиллерийский огонь или атаки дронов противника ($p < 0,001$; OR = 6,512),

контузии ($p < 0,001$; OR = 4,765), в том числе подтвержденной медицинскими документами ($p = 0,035$; OR = 2,520), а также о перенесенных на фронте РБС ($p = 0,001$; OR = 16,115).

Таблица 3.3.4. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с наличием симптомов ПТСР у участников боевых действий

Стресс-факторы	Выявлены симптомы ПТСР (n = 102)		Не выявлены симптомы ПТСР (n = 38)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	89	87,3	19	50,0	21,792	< 0,001	6,846
Артобстрелы (n = 123)	96	94,1	27	71,1	13,806	< 0,001	6,519
Контузии (n = 98)	81	79,4	17	44,7	15,851	< 0,001	4,765
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	41	40,2	8	21,1	4,460	0,035	2,520
Ранение (n = 68)	54	52,9	14	36,8	2,873	0,090	1,929
Увечье (n = 8)	6	5,9	2	5,3	0,020	0,888	1,125
Вражеский плен (n = 2)	2	2,0	0	0,0	0,756	0,385	-
РБС на фронте (n = 32)	31	30,4	1	2,6	12,100	0,001	16,155
Госпитализация с ЛБС (86)	60	58,8	26	68,4	1,076	0,300	0,659
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	11	10,8	4	10,5	0,002	0,965	1,027
Конфликты на службе (25)	17	16,7	8	21,1	0,363	0,547	0,750
Положительная установка на участие в боевых действиях (n = 19)	14	13,7	5	13,2	0,008	0,931	1,050
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Наследственная отягощенность (n = 20)	10	9,8	10	26,3	6,164	0,013	0,304
Психические отклонения до войны (n = 66)	38	37,3	28	73,7	14,745	< 0,001	0,212
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	19	18,6	9	23,7	0,442	0,506	0,738
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	13	12,7	12	31,6	6,695	0,010	0,316
ЧМТ до войны (n = 27)	15	14,7	12	31,6	5,064	0,024	0,374
Судимость (n = 17)	7	6,9	10	26,3	9,820	0,002	0,206
Психотравмы мирного времени (n = 8)	6	5,9	2	5,3	0,020	0,888	1,125

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

При этом симптомы ПТСР показали обратную связь с факторами довоенной predispositions, то есть достоверно чаще отсутствовали наследственная отягощенность ($p = 0,013$; OR = 0,304), довоенные психические расстройства ($p < 0,001$; OR = 0,212), употребление наркотиков ($p = 0,010$; OR = 0,316), ЧМТ ($p = 0,024$; OR = 0,374), судимость ($p = 0,002$; OR = 0,206). Полученные при ретроспективном изучении анамнеза данные не подтверждают участие довоенной психопатологической predispositions в развитии ПТСР. Вместе с тем набор изучаемых факторов боевой обстановки, которые уже показали сильную и статистически

значимую сопряженность между собой, показал сильную положительную связь с совокупностью симптомов-признаков ПТСР, что позволяет объединить участие в боях, обстрелы, контузии, ранения и перенесенные РБС в общую группу и считать их главной детерминантой облигатных симптомов ПТСР. Преимущественное значение этих факторов подкрепляется представленным ниже сопоставлением по отдельности с каждой группой симптомов-признаков ПТСР (Таблица 3.3.5.).

*Таблица 3.3.5. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с наличием симптомов повторного переживания травмирующих событий (интрузии) у участников боевых действий**

Стресс-факторы	Интрузия (n = 101)		Нет интрузии (n = 39)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	88	87,1	20	51,3	20,504	< 0,001	6,431
Артиллерийские обстрелы (n = 123)	95	94,1	28	71,8	13,073	< 0,001	6,220
Контузии (n = 98)	82	81,2	16	41,0	21,611	< 0,001	6,204
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	42	41,6	7	17,9	6,909	0,009	3,254
РБС на фронте (n = 32)	30	29,7	2	5,1	9,636	0,002	7,817
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Наследственная отягощенность (n = 20)	9	8,9	11	28,2	8,554	0,003	0,249
Психические отклонения до войны (n = 66)	38	37,6	28	71,8	13,184	< 0,001	0,237
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	13	12,9	12	30,8	6,144	0,013	0,332
ЧМТ до войны (n = 27)	15	14,9	12	30,8	4,580	0,032	0,392
Судимость (n = 17)	7	6,9	10	25,6	9,233	0,002	0,216

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Более подробный разбор ассоциаций между психопатологическими признаками ПТСР и вероятными факторами риска показали, что, например, явления повторного переживания травмирующих событий (интрузии) имеют статистически значимую сопряженность с патогенными факторами боевой обстановки – с участием в боях ($p < 0,001$; OR = 6,431), артиллерийскими обстрелами и атаками дронов ($p < 0,001$; OR = 6,220), контузиями ($p < 0,001$; OR = 6,204) и контузиями, которые подтверждены медицинской документацией ($p = 0,009$; OR = 3,254), а также с перенесенными реакциями боевого стресса ($p = 0,002$; OR = 7,817) (Таблица 3.3.5.).

Интрузия показала связь с отсутствием в анамнезе довоенных факторов: психопатологической наследственности ($p = 0,003$; OR = 0,249), довоенных психических нарушений ($p < 0,001$; OR = 0,237), употребления наркотиков ($p = 0,013$; OR = 0,332), черепно-

мозговых травм ($p = 0,032$; $OR = 0,392$), судимости ($p = 0,002$; $OR = 3,216$). Т.е. возникновение интрузии имеет связь с воздействием боевых стрессоров и не имеет связи с возможными довоенными предикторами.

Широкий спектр феноменов, объединенный в понятие «избегание», показал сопряженность с такими факторами, как участие в боях ($p = 0,042$; $OR = 2,551$), обстрелы ($p = 0,021$; $OR = 5,137$) и перенесенные РБС ($p = 0,001$; $OR = 3,958$), и, напротив, имели отрицательную связь со злоупотреблением алкоголем в зоне СВО ($p = 0,043$; $OR = 0,231$) и конфликтами на службе ($p = 0,016$; $OR = 0,266$), психическими отклонениями до войны ($p = 0,003$; $OR = 0,338$), употребление наркотиков до войны ($p = 0,050$; $OR = 0,362$). Проявления избегания, которые выявляются у участников боевых действий реже интрузии, тем не менее, имеют связь с теми же факторами, образующими основную детерминанту БСР (Таблица 3.3.6.).

Таблица 3.3.6. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с наличием проявлений избегания травмирующих факторов у участников боевых действий (таблицы сопряженности)*

Стресс-факторы	Симптомы избегания (n = 52)		Нет симптомов избегания (n = 88)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	45	86,5	63	71,6	4,142	0,042	2,551
Артобстрелы (n = 123)	50	96,2	73	83,0	5,338	0,021	5,137
РБС на фронте (n = 32)	20	38,5	12	13,6	11,424	0,001	3,958
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	2	3,8	13	14,8	4,079	0,043	0,231
Конфликты на службе (n = 25)	4	7,7	21	23,9	5,827	0,016	0,266
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Психические отклонения до войны (n = 66)	16	30,8	50	56,8	8,901	0,003	0,338
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	5	9,6	20	22,7	3,831	0,050	0,362

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Проявления сверхнастороженности (ожидания опасности) – чрезмерных эмоциональных и поведенческих реакций на стимулы, напоминающих травматические события, также, как и другие группы признаков ПТСР, оказались сопряженными с учтенными боевыми стресс-факторами (Таблица 3.3.7.): с участием в боях ($p = 0,001$; $OR = 4,053$), обстрелами артиллерией и БПЛА ($p < 0,001$; $OR = 7,812$), полученными контузиями ($p < 0,001$; $OR = 5,667$) и ранениями ($p = 0,036$; $OR = 2,068$).

Предпосылки из довоенного анамнеза не показали связи с гиперреактивностью или имели с ней зависимость, например, довоенные психические нарушения ($p < 0,001$; OR = 0,274) и употребление наркотиков ($p = 0,056$; OR = 0,429).

Таблица 3.3.7. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с наличием ожидания опасности у участников боевых действий*

Стресс-факторы	Ожидание опасности (n = 80)		Нет ожидания опасности (n = 60)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	70	87,5	38	63,3	11,356	0,001	4,053
Артобстрелы (n = 123)	77	96,3	46	76,7	12,325	< 0,001	7,812
Контузии (n = 98)	68	85,0	30	50,0	20,000	< 0,001	5,667
Ранение (n = 68)	45	56,3	23	38,3	4,406	0,036	2,068
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Психические отклонения до войны (n = 66)	27	33,8	39	65,0	13,437	< 0,001	0,274
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	10	12,5	15	25,0	3,652	0,056	0,429

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Проявления аффективной неустойчивости, как и основные признаки ПТСР, показали прямую ассоциацию с основными боевыми стресс-факторами – участием в боях ($p = 0,001$; OR = 4,016), полученными контузиями ($p < 0,001$; OR = 5,305), ранениями ($p = 0,026$; OR = 2,150). Среди всех проявлений боевого ПТСР только возбудимость показала связь с полученными на войне увечьями ($p = 0,048$; OR = 6,588). Аффективная неустойчивость не обнаружила связи с довоенными предпосылками (Таблица 3.3.8.), что говорит о её преимущественно нажитом в боевой обстановке происхождении.

Таблица 3.3.8. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с наличием повышенной возбудимости у участников боевых действий*

Стресс-факторы	Симптомы возбудимости (n = 75)		Нет симптомов возбудимости (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 108)	66	88,0	42	64,6	10,799	0,001	4,016
Контузии (n = 98)	64	85,3	34	52,3	18,085	< 0,001	5,305
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	36	48,0	13	20,0	12,000	0,001	3,692
Ранение (n = 68)	43	57,5	25	38,5	4,965	0,026	2,150
Увечье (n = 8)	7	9,3	1	1,5	3,927	0,048	6,588

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Изменения личности показали сопряженность с полученными контузиями ($p = 0,019$; $OR = 3,613$), а также с пребыванием во вражеском плену ($p = 0,008$). Среди учитывавшихся довоенных условий изменения личности показали прямую сопряженность с психотравмирующими ситуациями ($p = 0,005$; $OR = 6,795$) и обратную связь с психическими отклонениями до войны ($p = 0,002$; $OR = 0,247$) (Таблица 3.3.9.).

Связь изменений личности с контузиями и отсутствие связи с артобстрелами находит объяснение, когда учитывается, что участники боевых действий с признаками личностной трансформации существенно чаще (хотя и не достигая статистической значимости различий) – в 1,5 раза – имеют положительную установку на продолжение службы.

Таблица 3.3.9. Сопряженность факторов боевой обстановки и факторов, не связанных с боевыми действиями, с изменениями личности у участников боевых действий*

Стресс-факторы	Изменения личности (n = 31)		Нет изменений личности (n = 109)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Артобстрелы (n = 123)	31	100,0	92	84,4	5,503	0,019	0,844
Контузии (n = 98)	27	87,1	71	65,1	5,542	0,019	3,613
Вражеский плен (n = 2)	2	2,0	0	0,0	7,134	0,008	-
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Психические отклонения до войны (n = 66)	7	22,6	59	54,1	9,640	0,002	0,247
Психотравмы мирного времени (n = 8)	5	16,1	3	2,8	8,016	0,005	6,795

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Обследованные, имеющие изменения личности, обычно принимали участие в боевых действиях довольно продолжительное время, за которое успевали адаптироваться к боевой обстановке, и они, как правило, вообще не сообщали об обстрелах, сообщая о ранениях, контузиях, как основных негативных факторах. У пациентов с изменениями личности, наряду со снижением уязвимости ко многим боевым стрессорам, по всей видимости, повышается чувствительность к психотравмирующим обстоятельствам мирной обстановки.

Логистическая регрессия показала следующие зависимости между основными симптомами ПТСР и факторами военного времени в анамнезе участников боевых действий:

- Наличие симптомов ПТСР предикторами определены участие в боях ($W = 12,418$; $p < 0,001$; $OR = 8,151$) и РБС ($W = 5,512$; $p = 0,019$; $OR = 13,255$) при отсутствии в анамнезе медицинской эвакуации с поля боя ($W = 6,266$; $p = 0,012$; $OR = 0,182$), построенная модель логистической регрессии надежна ($R^2 = 0,671$, $\chi^2 = 4,939$, $p = 0,667$) с вероятностью прогноза = 80,7%.

- выявление интрузии в ближайшие дни и недели после боевых действий имеет связь с участием в боях ($W = 6,359$; $p = 0,012$; $OR = 5,252$), перенесенными контузиями ($W = 5,928$; $p = 0,015$; $OR = 4,106$) и РБС ($W = 3,964$; $p = 0,046$; $OR = 6,014$), а также отсутствием в военном анамнезе медицинской эвакуации с передовой ($W = 4,453$; $p = 0,035$; $OR = 0,306$), при устойчивости модели множественной логистической регрессии ($R^2 = 0,640$, $\chi^2 = 3,173$, $p = 0,869$; Общая процентная доля = 80,0%);
- избегание следовало после РБС ($W = 7,133$; $p = 0,008$; $OR = 3,751$) и ранений ($W = 6,332$; $p = 0,012$; $OR = 4,037$), а также при наличии психотравмирующих ситуаций мирного времени ($W = 6,919$; $p = 0,009$; $OR = 14,237$), что определяла устойчивая модель логистической регрессии ($R^2 = 0,532$, $\chi^2 = 4,743$, $p = 0,691$) с общей процентной долей = 73,6%;
- гиперреактивность (ожидания опасности) в ближайшем периоде после войны обнаруживает связь с перенесенными контузиями ($W = 16,211$; $p < 0,001$; $OR = 5,532$) и отсутствием психической довоенной патологии ($W = 10,721$; $p < 0,001$; $OR = 0,282$) при низкой устойчивости модели ($R^2 = 0,470$, $\chi^2 = 5,552$, $p = 0,062$), общей процентной долей = 70,0%;
- у повышенной возбудимости предиктором определены только контузии ($W = 16,553$; $p < 0,001$; $OR = 5,305$) при устойчивости модели логистической регрессии ($R^2 = 0,366$, $\chi^2 = 0,015$, $p = 0,996$) и вероятности прогноза = 67,9%.
- изменения личности у недавних участников боевых действий проявляют себя после перенесенных контузий ($W = 4,614$; $p = 0,032$; $OR = 3,932$) и связаны с психотравмирующими ситуациями мирного времени ($W = 7,429$; $p = 0,006$; $OR = 12,800$), при этом модель надежна ($R^2 = 0,479$, $\chi^2 = 3,306$, $p = 0,653$) с вероятностью прогноза = 81,4%.

Анамнестические предикторы ПТСР представлены в Приложении 3 на рисунке 3.8.

3.3.3. Связь коморбидной психопатологической симптоматики с факторами боевой обстановки и мирного времени

Изучение связи коморбидных психопатологических проявлений с патогенными факторами боевой обстановки и довоенного времени представлен в Таблице 3.3.10. Диссоциативные нарушения показали прямую связь с подтвержденными документально контузиями ($p = 0,006$, $OR = 3,894$) и перенесенными РБС ($p = 0,006$, $OR = 3,835$), а также связь с отрицательной установкой на продолжение службы, которая в расчетах не получила статистической достоверности, но была безальтернативной. Это в целом подтверждает высказывавшееся в отечественной литературе мнение, что диссоциативные расстройства, при всей схожести с истерией и закреплении диссоциативных симптомов по механизму вторичной

выгоды, в действительности, напрямую связаны с психической травмой, а их возникновение относится уже к самым начальным этапам медицинской эвакуации. Из составляющих довоенной предрасположенности они показали связь с отсутствием довоенных психических нарушений ($p = 0,014$, $OR = 0,254$).

Таблица 3.3.10. Связь коморбидных психических нарушений с патогенными факторами*

Стресс-факторы	Диссоциативные нарушения (n = 22)		Диссоциативных нарушений нет (n = 118)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	12	63,2	37	30,6	7,662	0,006	3,894
РБС на фронте (n = 32)	9	47,4	23	19,0	7,490	0,006	3,835
Намерение участвовать в боевых действиях (n = 19)	0	0,0	19	15,7	3,453	0,063	-
Психические отклонения до войны (n = 66)	4	21,1	62	51,2	6,005	0,014	0,254
	Соматоформные симптомы (n = 19)		Соматоформных симптомов нет (n = 121)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Психические отклонения до войны (n = 66)	6	27,3	60	50,8	4,136	0,042	0,363
	Депрессивная симптоматика (n = 72)		Симптомов депрессии нет (n = 68)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Артобстрелы (n = 123)	67	93,1	56	82,4	3,755	0,053	2,871
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	2	2,8	13	19,1	9,760	0,002	0,121
РБС на фронте (n = 32)	24	33,3	8	11,8	9,227	0,002	3,750
Психические отклонения до войны (n = 66)	25	34,7	41	60,3	9,177	0,002	0,350
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	7	9,7	21	30,9	9,787	0,002	0,241
	Тревога (n = 106)		Тревоги нет (n = 34)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
РБС на фронте (n = 32)	30	28,3	2	5,9	7,338	0,007	6,316
Конфликты на службе (25)	15	14,2	10	29,4	4,087	0,43	0,396
Психические отклонения до войны (n = 66)	42	39,6	24	70,6	9,906	0,002	0,273
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	14	13,2	11	32,4	6,433	0,011	0,318
Судимость (n = 17)	9	8,5	8	23,5	5,457	0,019	0,302
ЧМТ до войны (n = 27)	16	15,1	11	32,4	4,926	0,026	0,372
	Ослабление памяти (n = 16)		Нарушений памяти нет (124)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузия подтвержденная (49)	9	56,3	40	32,3	3,586	0,058	2,700
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	4	25,0	11	8,9	3,854	0,050	3,424
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	6	37,5	22	17,7	3,458	0,063	2,782
ЧМТ до войны (n = 27)	7	43,8	20	16,1	6,946	0,008	4,044

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

Различные соматоформные симптомы не обнаружили связи со стрессорами из комплекса главной детерминанты стрессовых расстройств, и при них не отмечалось случаев положительной установки на службу ($p = 0,043$). Они также показали обратную связь с довоенными психическими расстройствами ($p = 0,042$, $OR = 0,363$).

Сильное стойкое чувство тревоги у участников боевых действий оказалось сопряженным с перенесенными на фронте РБС ($p = 0,007$, $OR = 6,316$) и показали обратную связь с конфликтами на службе ($p = 0,043$, $OR = 0,396$). Тревога имела обратную связь со следующими факторами довоенной диспозиции: наличием в анамнезе психических расстройств ($p = 0,002$, $OR = 0,273$), употребления наркотиков ($p = 0,011$, $OR = 0,318$), ЧМТ ($p = 0,026$, $OR = 0,372$) и судимости ($p = 0,019$, $OR = 0,302$). То есть, несмотря на то, что тревога не показала прямой сопряженности с боевыми стресс-факторами, она оказалась связанной с перенесенными в боевой зоне реакциями на стресс, а также не показала своей обусловленности какой-либо довоенной predisпозицией.

Депрессивная симптоматика у участников боевых действий показала сопряженность с пережитыми артобстрелами ($p = 0,053$, $OR = 2,871$), перенесенными РБС ($p = 0,002$, $OR = 3,750$) и отрицательную связь со злоупотреблением спиртным на фронте ($p = 0,002$, $OR = 0,121$). При этом депрессия достоверно ассоциирована с отсутствием многих довоенных факторов: психических отклонений в анамнезе ($p = 0,002$, $OR = 0,350$), злоупотреблением алкоголем ($p = 0,002$, $OR = 0,241$) и наркотиками ($p = 0,010$, $OR = 0,299$). Другими словами, у участников СВО депрессия, как и тревога, в большей степени связана с составляющими главной детерминанты боевой психической патологии, чем с довоенной predisпозицией.

Ослабление памяти, совершенно ожидаемо, оказалось сопряженным с различными боевыми и довоенными факторами возникновения органической психической патологии: с контузиями, подтвержденными медицинскими документами ($p = 0,058$, $OR = 2,700$) и с ЧМТ до войны ($p = 0,008$, $OR = 4,044$), со злоупотреблением алкоголем на фронте ($p = 0,050$, $OR = 2,424$) и с не достигшей статистической значимости (по причине малой выборки) ассоциацией с довоенным злоупотреблением спиртным ($p = 0,063$, $OR = 2,782$).

Логистическая регрессия (рисунок 3.9.) показала следующие зависимости между психопатологическими симптомами и факторами риска военного и мирного времени:

- панические атаки в ближайшем периоде после войны обнаруживали связь с перенесенными РБС ($W = 4,013$; $p = 0,045$; $OR = 3,815$) при $R^2 = 0,267$, $\chi^2 = 0,039$, $p = 0,947$ и вероятностью прогноза = 92,9%;
- астеническая симптоматика показала связь с контузиями ($W = 9,537$; $p = 0,002$; $OR = 6,592$) и отрицательную связь с судимостью в прошлом ($W = 5,743$; $p = 0,017$; $OR = 0,066$) при

- устойчивости построенной модели ($R^2 = 0,450$, $\chi^2 = 2,202$, $p = 0,699$) и возможностью прогноза = 70,7%;
- ипохондрическая симптоматика предиктором имела только психотравмирующие ситуации мирного времени ($W = 4,567$; $p = 0,033$; $OR = 3,865$) с высокой устойчивостью построенной модели ($R^2 = 0,285$, $\chi^2 = 0,031$, $p = 0,998$) и общей процентной долей = 97,9%;
 - депрессия у недавних участников боевых действий показала связь с РБС ($W = 8,918$; $p = 0,003$; $OR = 4,303$) и полученными ранениями ($W = 4,712$; $p = 0,030$; $OR = 2,798$), при этом модель имеет высокую надежность ($R^2 = 0,420$, $\chi^2 = 2,365$, $p = 0,883$) и позволяет строить прогноз на 63,6%;
 - тяжелой депрессии предшествуют РБС ($W = 9,014$; $p = 0,003$; $OR = 4,029$) при $R^2 = 0,298$, $\chi^2 = 0,00029$, $p = 0,965$ и вероятностью прогноза = 81,4%.

Предикторами шизофрении и бредовых психозов были определены психические нарушения в двояном анамнезе ($W = 12,433$; $p < 0,001$; $OR = 13,952$), медицинская эвакуация с передовой ($W = 5,566$; $p = 0,018$; $OR = 5,452$), наличие установки на продолжение службы ($W = 9,838$; $p = 0,002$; $OR = 11,591$), и при этом отсутствие контузий в период службы в зоне СВО ($W = 12,085$; $p < 0,001$; $OR = 0,084$). Модель логистической регрессии имеет высокую устойчивость ($R^2 = 0,718$, $\chi^2 = 2,424$, $p = 0,965$) и вероятность прогноза = 89,3%.

Проявления алкогольной зависимости показали связь со злоупотреблением спиртными напитками в зоне боевых действий ($W = 25,413$; $p < 0,001$; $OR = 101,825$), что показала устойчивая регрессионная модель ($R^2 = 0,900$, $\chi^2 = 0,000$, $p = 1,000$) с вероятностью прогноза = 97,1%.

В отношении предикторов диссоциативных расстройств, истерического поведения, ослабления памяти, дисфории и агрессивности не удалось построить устойчивой модели логистической регрессии. У соматоформных расстройств не было найдено значимых предикторов.

3.3.4. Связь психических нарушений у участников боевых действий с мотивацией на участие в боевых действиях

Клинические наблюдения за участниками боевых действий, проходившими лечение в психиатрических стационарах, показали существенную связь обстоятельств обращения за медицинской помощью, клинической картины психических расстройств и исходов лечения с мотивацией военнослужащих на продолжение службы в зоне проведения боевых действий. Мотивация в целом относится к основным движущим силам поведения и деятельности

индивида [Шабанова А.С., 2015]. Отсутствие мотивации к службе в условиях боевых действий и непосредственной опасности для жизни влияет на подчиненные ей мотивацию к обращению за медицинской помощью и к лечению – сознательному и деятельному стремлению к реальному выздоровлению, готовности следовать врачебным рекомендациям, выполнять необходимые лечебно-профилактические действия, соблюдать режим терапии для улучшения самочувствия [Штрахова А.В., 2011].

Положительная мотивация определялась исключительно в процессе врачебного клинического интервью, то есть определялась по ответам пациента на вопросы врача, которые задавались в свободной форме в наиболее удобный момент, чаще всего, когда выяснены жалобы, обсуждены особенности переживаний, подробности военного анамнеза. Обследуемым задавались вопросы примерно такого содержания: «Вы пройдете у нас лечение, или лечение в военном госпитале, после чего встанет вопрос о Вашей дальнейшей службе – что Вы думаете об этом? Какие Ваши ожидания и планы? Какое отношение к службе?». Свободным диалогом удавалось избежать формальности или уклонения от ответов, которые случались, когда выяснение мотивации производилось с помощью заполнения вопросника. Отражающим положительную мотивацию или настрой на продолжение службы считался только тот вариант ответа, который указывал на твердое и прямо высказанное намерение в ближайшее время после выписки из больницы вернуться в воюющую воинскую часть, например: «Я вернусь к своим ребятам», «Меня не надо переводить в госпиталь, я хочу сразу поехать в часть», «А какие варианты – я должен ехать в часть». Любой другой вариант ответа, как, например, «я готов вернуться в свою часть после излечения», «вернусь, если/когда вылечусь», «не знаю, посмотрим», и, тем более, прямой отказ в желании возвращаться в строй, означали отсутствие положительной мотивации.

В результате сопоставления такой бинарной оценки мотивации с наличием того или иного симптома установлена сильная положительная ассоциация с выпиской из больницы по просьбе военнослужащего для возвращения в его воинскую часть ($p < 0,001$; OR = 81,813).

С целью проверки клинического значения мотивации на службу выполнен анализ сопряженности положительной установки военнослужащих (настроив на участие в боевых действиях) с различными психопатологическими симптомами (Таблица 3.3.11.) и паттернами поведения (Таблица 3.3.12.).

Вопреки ожиданиям, сопряженности положительной мотивации с наличием или отсутствием каких-либо симптомов ПТСР не получено (Таблица 3.3.11.). Также не найдено ассоциаций между установкой на службу и такими нарушениями поведения, как самовольное оставление части и суицидальное поведение.

Таблица 3.3.11. Сопряженность симптомов ПТСР и других психических расстройств с установкой на службу у участников боевых действий

Стресс-факторы	Положительная установка (n = 19)		Отрицательная установка (n = 121)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР							
Любые симптомыПТСР (n = 102)	14	13,8	88	88,2	0,008	0,931	1,050
Интрузия (n = 101)	12	63,2	89	73,6	0,883	0,347	0,616
Избегание (n = 52)	4	21,1	48	39,7	2,438	0,118	0,406
Гиперреактивность (n = 80)	12	63,2	68	56,2	0,325	0,569	1,336
Возбудимость (n = 75)	10	52,6	65	53,7	0,008	0,930	0,957
Изменения личности (n = 31)	6	31,6	25	20,7	1,135	0,287	1,772
Другие психопатологические проявления							
Невротические симптомы (n = 53)	3	15,8	50	41,3	4,551	0,033	0,266
Астеническая с-ка(n = 46)	7	36,8	39	32,2	0,158	0,691	1,226
Панические приступы (n = 10)	1	5,3	9	7,4	0,117	0,732	0,691
Ипохондрия (n = 3)	0	0,0	3	2,5	0,481	0,488	0,975
Демонстративная манера жалоб и поведения (n = 10)	1	5,3	42	34,7	6,692	0,010	0,104
Диссоциативные симптомы (19)	0	0,0	19	15,7	3,452	0,063	0,843
Соматоформные с-мы (n = 22)	0	0,0	22	18,2	4,099	0,043	0,818
Эмоциональные нарушения (114)	16	84,2	98	81,0	0,113	0,737	1,252
Тревога (n = 106)	15	78,9	91	75,2	0,125	0,724	1,236
Депрессивная с-ка (n = 72)	7	36,8	65	53,7	1,872	0,171	0,503
Дисфория (n = 25)	2	10,5	23	19,0	0,805	0,369	0,501
Алкогольная зависимость (n = 23)	5	26,3	18	14,9	1,565	0,211	2,044
Зависимость и злоупотребление алкоголем(n = 33)	7	36,8	26	21,5	2,149	0,143	2,131
Психоз эндогенный или эндоформный (n = 35)	8	42,1	27	22,5	3,347	0,067	2,505
Психоз эндогенный (n = 23)	6	31,6	17	14,0	3,675	0,055	2,824

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 3.3.12. Сопряженность особенностей поведения, симптомов ПТСР и других психических расстройств с установкой на службу у участников боевых действий

Стресс-факторы	Положительная установка (n = 19)		Отрицательная установка (n = 121)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Особенности поведения в условиях оказания стационарной помощи							
Выписка из стационара в воинскую часть (без перевода в военный госпиталь) (n = 13)	11	57,9	2	1,7	61,665	<0,001	81,813
Сомнительные симптомы (n = 25)	1	3,4	24	21,6	2,377	0,123	0,225
Нарушения поведения							
Агрессивность (n = 40)	9	47,4	31	25,6	3,806	0,051	2,613
СОЧ (n = 14)	3	15,8	11	9,1	0,819	0,366	1,875
Суицидальные мысли (n = 38)	4	21,1	34	28,1	0,412	0,521	0,682
Суицидальные демонстрации (n = 17)	1	5,3	16	13,2	0,975	0,323	0,365
Суицидальные попытки (n =)	2	10,5	9	7,4	0,216	0,542	1,454

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Однако положительная установка на продолжение службы имеет статистически значимую обратную связь с наличием невротической симптоматики ($p = 0,033$; $OR = 0,266$), демонстративной манерой предъявления жалоб и поведения ($p = 0,010$; $OR = 0,104$), соматоформными симптомами ($p = 0,043$; $OR = 0,818$). Также у военнослужащих с мотивацией к продолжению службы не наблюдалось диссоциативной симптоматики, хотя из-за ограниченного числа наблюдений разница не достигала значимого уровня и оставалась ближе к зоне неопределенности ($p = 0,063$; $OR = 0,843$). При этом у пациентов с эндогенными психозами положительная мотивация на службу отмечалась в два раза чаще, чем отрицательная, хотя сопряженность и не достигала статистической значимости. В зоне неопределенности оказалось значение сопряженности агрессивного поведения ($p = 0,051$; $OR = 2,613$), которое у мотивированных военнослужащих наблюдалось почти в два раза чаще.

3.4. Агрессивное и суицидальное поведение у участников боевых действий: связь с симптомами ПТСР и другими психическими нарушениями

Психические расстройства пограничного регистра, в основном влияют на самочувствие участников боевых действий, их взаимоотношения в воинском коллективе и, самое главное, снижают боеспособность. Оценка самочувствия делается на основании жалоб пациента, персональная значимость переживаний в текущий момент становится заметной по видимым эмоциональным и вегетативным реакциям обследуемого, а вот влияние психических расстройств на социальную адаптацию требует надежных сведений – объективного анамнеза из незаинтересованных источников и текущего мониторинга поведения больного. При этом значимые для оценки тяжести и экспертизы взаимоотношения в воинском коллективе и боеспособность могут быть оценены лишь на основании прямого наблюдения за поведением при исполнении обязанностей военной службы или на основании характеризующих документов. Оценка действий военнослужащего в боевой обстановке, как правило, недоступна врачам-психиатрам медучреждений тыла, а подтверждающие документы не всегда имеются даже в военных медицинских учреждениях. Единственный по-настоящему объективный для врача-психиатра источник сведений о нарушениях адаптации – это наблюдение в психиатрическом стационаре, результаты которого, однако, лишь косвенно дают понять, насколько военнослужащий способен выполнять свои обязанности. Например, участник боевых действий, на первый взгляд, имеющий умеренные психопатологические отклонения, мало проявляющиеся спустя короткое время после эвакуации из боевой зоны, в реальности может оказаться утратившим боеспособность за счет непреодолимого страха, потери мотивации или

наличия таких симптомов, которые существенно ограничивают способность исполнять конкретно его должностные обязанности. И, напротив, военнослужащий с клинически выраженными чертами эмоциональной неустойчивости, или с явными симптомами ПТСР, или с психическими последствиями контузий за счет сохранной мотивации, профессиональной подготовки и боевого опыта может быть эффективен, полезен на службе, а также сам он может чувствовать свою нужность, хорошую приспособленность и осознавать смысл жизни. В связи с этими сложностями и противоречиями важным становится учет отдельных броских поведенческих маркёров функциональной оценки военной адаптации. Например, легко выявляемыми в анамнезе показателями являются суицидальные поступки и агрессивные действия. Они отнесены к наиболее тяжелым вариантам неприемлемого стрессового поведения военнослужащих, представленного в американских руководствах для командиров для контроля над боевым и операциональным стрессом [Руководство ..., 1998, 2006]. Надо пояснить, что неприемлемое поведение, показывая нарушение адаптации, лишь отчасти характеризуют психическое расстройство. Так, если суицидальные приготовления и попытки в общих чертах отражают наличие и рискованность психической патологии, агрессивные действия могут быть как проявлением психического нарушения, так и привычного стиля поведения и следствием безнаказанности. Однако эти заметные нарушения поведения в совокупности с клиническими данными дают более надежную характеристику влияния психической патологии на адаптацию.

Анализ связей между нарушениями поведения и различными учтенными неблагоприятными факторами (Таблица 3.4.1.) показал, что совершенные суицидальные попытки не показали достоверной сопряженности с факторами военной службы и довоенной predisпозиции. Лишь подтвержденные документами контузии показали приближающуюся к зоне статистической неопределенности обратную связь с суицидальным поведением ($p = 0,061$; $OR = 0,169$). Суицидальные угрозы и демонстрации показали близкую к значимой сопряженность с перенесенными на фронте реакциями боевого стресса ($p = 0,055$; $OR = 3,774$).

Агрессивное поведение имеет сильную позитивную ассоциацию с такими факторами, как перенесенные до войны ЧМТ ($p < 0,001$; $OR = 5,394$), судимостью ($p < 0,001$; $OR = 5,943$), довоенным употреблением наркотиков ($p = 0,004$; $OR = 3,531$), злоупотреблением алкоголем во время участия в боевых действиях ($p = 0,025$; $OR = 3,321$), перенесенными и документированными контузиями ($p = 0,050$; $OR = 2,111$), а также с положительной мотивацией на продолжение службы ($p = 0,051$; $OR = 2,613$). Агрессивность оказалась нетипичной для военнослужащих, переносивших на фронте РБС ($p = 0,006$; $OR = 0,199$).

Таблица 3.4.1. Сопряженность нарушений поведения (агрессивности, суицидальных попыток) с патогенными факторами у участников боевых действий *

	Агрессивность проявляли (n = 40)		Агрессивности нет (n = 100)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	19	47,5	30	30,0	3,846	0,050	2,111
РБС на фронте (n = 32)	3	7,5	29	29,0	7,490	0,006	0,199
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	8	20,0	7	7,0	5,047	0,025	3,321
Конфликты на службе (25)	11	27,5	14	14,0	3,550	0,060	2,330
Установка на службу (19)	9	22,5	10	10,0	3,806	0,051	2,613
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	12	30,0	16	16,0	3,500	0,061	2,250
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	13	32,5	12	12,0	8,186	0,004	3,531
ЧМТ до войны (n = 27)	16	40,0	11	11,0	15,436	< 0,001	5,394
Судимость (n = 17)	11	27,5	6	6,0	12,380	< 0,001	5,943
	Суицидальные попытки совершали (n = 11)		Суицидальные попытки не совершали (n = 129)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	1	9,1	48	37,2	3,523	0,061	0,169
Факторы развития психических расстройств	Суицидальные угрозы и демонстративные действия (n = 66)		Суицидальных угроз и демонстративных действий не было (n = 66)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
РБС на фронте (n = 32)	7	41,2	25	20,3	3,683	0,055	3,774
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	4	23,5	11	8,9	3,332	0,068	3,133

* указаны ассоциации, с патогенными факторами, которые показали статистически значимую или выраженную связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Итак, повышенная агрессивность участников боевых действий может быть обусловлена эмоциональными нарушениями и низким адаптационным потенциалом после перенесенных в прошлом травм головы и контузий на фронте, в связи с довоенным употреблением наркотиков и алкоголизмом, а также исходно высокой агрессивностью, маркерами которой являются довоенные судимости. Агрессивность сама по себе является выражением аффективных и поведенческих реакций, но не типична для других РБС, в которых преобладает невротическая симптоматика.

Рассмотрение связи нарушений поведения с психопатологической симптоматикой не выделяет каких-либо определенных взаимоотношений между совершенными суицидальными попытками и конкретными постстрессовыми, эмоциональными или другими нарушениями;

наглядно демонстрирует прямую связь агрессивности с направленностью вовне эмоциональных реакций и злобной окраской негативных переживаний и, напротив, низкую вероятность агрессии при депрессивных и невротических нарушениях.

В частности, предпринятые участниками боевых действий суицидальные попытки не показали предпочтительной ассоциации ни с одним из симптомов-признаков ПТСР и ни с одним из других сопутствующих психопатологических симптомов. В таблице 3.4.2. приведены результаты расчетов сопряженности с разными симптомами ПТСР, депрессией и мотивацией к службе, которые, как и сопоставление с другими разнообразными психопатологическими проявлениями, не показали статистической значимости.

Суицидальные попытки совершались участниками боевых действий вне зависимости от наличия или отсутствия симптомов ПТСР, выявления или отсутствия симптомов депрессии или изменений личности. Суицидальные попытки примерно с равной частотой отмечались у обследованных с положительной установкой на продолжение службы и у тех, кто негативной относился к продолжению участия в боевых действиях. Но всё же симптомы стрессовых или аффективных нарушений имели место у всех совершавших попытки самоубийства, а вот установление предпосылок аутоагрессии участников боевых действий требует более дифференцированного и направленного изучения, так как в разных случаях это были домашние неурядицы и несчастья (они бывают и у людей, которые воюют на фронте), конфликты на службе, страх смерти и увечья на войне и стремление уклониться от возвращения на фронт, для чего могут быть с действиями, которые оказывались на самом деле опасными.

Таблица 3.4.2. Сопряженность суицидального поведения с другими психическими расстройствами у участников боевых действий (таблицы сопряженности*)

Психопатологические симптомы	Совершили суицидальную попытку (n = 11)		Суицидальной попытки не совершали (n = 129)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР (n = 102)	9	81,8	93	72,1	0,485	0,496	1,742
Все признаки ПТСР (n = 32)	2	18,2	30	23,2	0,148	0,700	0,733
Интрузия (n = 101)	8	72,7	96	72,1	0,002	0,964	1,032
Избегание (n = 52)	5	45,5	47	36,4	0,353	0,552	1,454
Гиперреактивность (n = 80)	6	54,5	74	57,4	0,033	0,856	0,892
Возбудимость (n = 75)	4	36,4	71	55,0	1,421	0,233	0,467
Изменения личности (n = 31)	2	18,2	29	22,5	0,109	0,742	0,766
Депрессивная симптоматика (n = 72)	8	72,7	64	49,6	2,168	0,141	2,708
Положительная мотивация на службу (n = 19)	2	18,2%	17	13,2	0,219	0,642	1,464

* указаны ассоциации с симптомами ПТСР, а также другими психопатологическими проявлениями, среди которых ни одна не показала статистической значимости.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Обязательно следует пояснить, что полученные данные касаются только военнослужащих с незавершенными суицидальными попытками и только тех, которые попали на лечение в специализированный стационар тыла. Суициды, совершенные на фронте и на войсковых этапах медицинской помощи, очевидно, возникают в других обстоятельствах и могут иметь связь с другими клиническими особенностями, поэтому требуют отдельного изучения.

Агрессивное поведение не показало ассоциаций с облигатными признаками ПТСР (Таблица 3.4.3.). Ожидаемо, агрессивное поведение сопряжено с проявлениями эмоциональной неустойчивости ($p = 0,014$, $OR = 2,631$) и дисфории ($p = 0,004$, $OR = 3,531$), а также с наличием психотической симптоматики ($p = 0,010$, $OR = 2,824$). Агрессивность имеет обратную связь с переживанием тревоги ($p = 0,001$, $OR = 0,277$), депрессией ($p = 0,001$, $OR = 0,286$) и заторможенностью ($p = 0,033$, $OR = 0,271$), нарушениями речи ($p = 0,016$, $OR = 0,187$), суицидальными мыслями ($p = 0,014$, $OR = 0,290$). Как видим, агрессивность напрямую связана с возбудимостью, угрюмо-злым компонентом настроения, и не свойственна тревожным и депрессивным нарушениям.

Таблица 3.4.3. Сопряженность агрессивности с психическими расстройствами

Психопатологические симптомы	Агрессивность проявляли (n = 40)		Агрессивности нет (n = 100)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР (n = 102)	26	65,0	76	76,0	1,748	0,186	0,586
Интрузия (n = 101)	26	65,0	75	75,0	1,422	0,233	0,619
Избегание (n = 52)	11	27,5	41	41,0	2,230	0,135	0,546
Гиперреактивность (n = 80)	19	47,5	61	61,0	2,126	0,145	0,578
Возбудимость (n = 75)	28	70,0	47	47,0	6,077	0,014	2,631
Изменения личности (n = 31)	11	27,5	20	20,0	0,932	0,334	1,517
Тревога (n = 106)	23	57,5	83	83,0	10,104	0,001	0,277
Депрессия (n = 72)	12	30,0	60	60,0	10,294	0,001	0,286
Дисфория (n = 25)	13	32,5	12	12,0	8,186	0,004	3,531
Заторможенность (n = 26)	3	7,5	23	23,0	4,539	0,033	0,271
Нарушения речи (n = 24)	2	5,0	22	22,0	5,813	0,016	0,187
Психотические р-ва (n = 35)	16	40,0	19	19,0	6,720	0,010	2,824
Суицидальные мысли (n = 38)	5	12,5	33	33,0	6,072	0,014	0,290

* указаны ассоциации, с симптомами ПТСР, а также другими психопатологическими проявлениями, которые показали статистически значимую или выраженную связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

3.5. Контузии у участников боевых действий: связь с симптомами стрессовых расстройств и другие психопатологические последствия

Контузия – самый частый психиатрический диагноз в годы Великой Отечественной войны (ВОВ) [Лобастов О.С., Спивак Л.И., 1985; Тимофеев Н.Н., 1945; Фастовцов Г.А. и др., 2020] – после почти полной замены модным в период с 80-х до начала 2000-х годов диагнозом ПТСР вновь вернулся в лексикон военной психиатрии в период американских войн в Ираке и Афганистане, получив в одной из научных работ наименование «фирменного знака» этих вооруженных конфликтов [Taylor B.C. et al., 2012].

Изучение психопатологических проявлений и последствий контузии у участников боевых действий – вооруженного конфликта, наиболее приближенного к мировым войнам по частоте и силе минно-взрывных поражений – представляет особый интерес. Анализ сопряженности подтвержденных документами контузий с другими боевыми травмирующими факторами и довоенной предрасположенностью, представленный в разделе 4.5 и таблице 4.5.1., показал, что они имеют статистически значимую прямую связь с участием в боях ($p = 0,001$, $OR = 7,172$), ранениями ($p < 0,001$, $OR = 7,024$), увечьями ($p = 0,015$, $OR = 6,209$), медицинской эвакуацией в госпиталь ($p < 0,001$, $OR = 19,550$), и обратную связь с конфликтами на службе ($p = 0,008$, $OR = 0,205$), тогда как с предпосылками мирного времени достоверных ассоциаций не имеет (Таблица 4.5.1).

В самом деле, контузии, о которых сообщали сами пациенты, показали прямую ассоциацию с наличием какого-либо из симптомов-признаков ПТСР ($p < 0,001$, $OR = 4,765$), с наличием всех трех групп основных признаков ПТСР ($p = 0,043$, $OR = 2,814$) и по отдельности с интрузией ($p < 0,001$, $OR = 5,768$), избеганием ($p = 0,012$, $OR = 2,867$), гиперреактивностью ($p < 0,001$, $OR = 5,667$), повышенной возбудимостью ($p < 0,001$, $OR = 5,305$) и изменениями личности ($p = 0,019$, $OR = 3,613$). Иными словами, контузии имеют с симптомами ПТСР статистически значимую связь с высоким отношением шансов (Таблица 3.5.1.).

Сопряженность перенесенной контузии и ПТСР нельзя однозначно каузально атрибутировать, так они могут быть взаимосвязаны из-за того, что факторы, психогенный и воздушно-волновой, воздействовали на участника боевых действий одновременно и в комплексе. Но и игнорировать это сочетание нельзя – оно подтверждает сочетанное действие многих патогенных факторов боевой обстановки и сложный смешанный характер их психопатологических последствий, издавна отмечавшийся отечественными психиатрами [Гуревич М.О., 1946; Иванов Н.И., 1970; Снежневский А.В., 1947; Тимофеев Н.Н., 1945, 1947, 1962].

Таблица 3.5.1. Сопряженность контузии, полученной во время участия в боевых действиях, с ПТСР и его симптомами-признаками у участников боевых действий

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Перенесенная контузия (n = 98)		Контузии не было (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	22	22,4	4	9,5	3,248	0,072	2,750
Любой симптом ПТСР (n = 102)	81	82,7	21	50,0	15,851	< 0,001	4,765
Все признаки ПТСР (интрузии, избегания, гиперреактивности) (n = 32)	27	27,6	5	11,9	4,082	0,043	2,814
Интрузия (n = 101)	81	82,7	20	47,6	20,167	< 0,001	5,768
Избегание (n = 52)	43	43,9	9	21,4	6,346	0,012	2,867
Ожидание опасности (n = 80)	68	69,4	12	28,6	20,000	< 0,001	5,667
Возбудимость (n = 75)	64	65,3	11	26,2	18,085	< 0,001	5,305
Изменения личности (n = 31)	27	27,6	4	9,5	5,542	0,019	3,613

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Среди других психопатологических симптомов с перенесенной в боях контузией оказались напрямую связаны лишь признаки астении, дисфория, а также остро сурдомутизм и нарушение экспрессивной речи (Таблица 3.5.2.). Такие признаки психоорганического синдрома, как ослабление памяти и инертность мышления, у участников боевых действий не имели значимой ассоциации с перенесенными контузиями.

Таблица 3.5.2. Сопряженность контузии, полученной на фронте, и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Перенесенная контузия (n = 98)		Контузии не было (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Астеническая симптоматика (n = 46)	40	40,8	6	14,3	9,380	0,002	4,138
Панические приступы (n = 10)	9	9,2	1	2,4	2,051	0,152	4,146
Ипохондрия (n = 3)	2	2,0	1	2,4	0,016	0,899	0,854
Демонстративное поведение (n = 43)	32	32,7	11	26,2	0,577	0,447	1,366
Диссоциативные симптомы (n = 19)	16	16,3	3	7,1	2,114	0,146	2,537
Соматоформные нарушения (n = 22)	19	19,4	3	7,1	3,328	0,068	3,127
Тревога (n = 106)	77	78,6	29	69,0	1450	0,228	1,664
Депрессивная симптоматика (n = 72)	51	52,0	21	50,0	0,049	0,825	1,085
Дисфория (n = 25)	22	22,4	3	7,1	4,696	0,030	3,763
Ослабление памяти (n = 16)	14	14,3	2	4,8	2,634	0,105	3,333
Инертность (n = 30)	24	24,5	6	14,3	1,818	0,178	1,946
Сурдомутизм после контузии (n = 11)	11	11,2	0	0,0	5,116	0,024	1,126
Нарушения экспрессивной речи (24)	22	22,4	2	4,8	6,475	0,011	5,789
<i>Психотические расстройства (35)</i>	17	17,3	18	42,9	10,204	0,001	0,280
Агрессивность (n = 40)	28	28,6	12	28,6	0,000	1,000	1,000

В отдельных случаях органические психические расстройства у участников боевых действий имели смешанный механизм развития. Иллюстрацией может служить клинический пример 3.10 в приложении к главе 3.

Для уточнения характера взаимоотношений между воздушно-волновой травмой головного мозга и последующими психическими нарушениями и исключения влияния субъективного фактора проведен анализ сопряженности случаев контузии, которая подтверждалась медицинскими документами, в сравнении со случаями, когда контузия определялась со слов пациента.

Подтвержденные контузии в сравнении с неподтвержденными случаями контузий (Таблица 3.5.3.) показали прямую связь с полученными на войне ранениями ($p < 0,001$, OR = 5,455), увечьями ($p = 0,050$, OR = 6,698), эвакуацией с поля боя в госпиталь ($p < 0,001$, OR = 26,407) и обратную связь с конфликтами на службе ($p = 0,021$, OR = 0,225).

Таблица 3.5.3. Патогенные факторы у участников боевых действий, которые перенесли контузии, подтвержденные документами и перенесших контузии, но не имеющие подтверждающих документов

Стресс-факторы	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузии без документов (n = 49)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы боевой обстановки							
Участие в боях (n = 90)	46	93,9	44	89,8	0,544	0,461	1,742
Артобстрелы (n = 96)	47	95,4	49	100,0	2,042	0,153	1,043
Ранение (n = 57)	38	77,6	19	38,8	15,138	< 0,001	5,455
Увечье (n = 7)	6	12,2	1	2,0	3,846	0,050	6,698
Вражеский плен (n = 2)	0	0,0	2	4,1	2,042	0,153	-
РБС на фронте (n = 25)	11	22,4	14	28,6	0,483	0,487	0,724
Госпитализация с ЛБС (64)	46	93,9	18	36,7	35,309	< 0,001	26,407
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 11)	5	10,2	6	12,2	0,102	0,749	0,814
Конфликты на службе (14)	3	6,1	11	22,4	5,333	0,021	0,225
Положительная установка на службу (n = 13)	8	16,3	5	10,2	0,798	0,372	1,717
Факторы не связанные с боевыми действиями							
Наследственная отягощенность (n = 13)	8	16,3	5	10,2	0,798	0,372	1,717
Психические отклонения до войны (n = 42)	22	44,9	20	40,8	0,167	0,683	1,181
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 20)	10	20,4	10	20,4	0,000	1,000	1,000
Употребление наркотиков до войны (n = 19)	9	18,4	10	20,4	0,065	0,798	0,878
ЧМТ до войны (n = 18)	12	24,5	6	12,2	2,450	0,118	2,324
Судимость (n = 11)	8	16,3	3	6,1	2,500	0,110	2,992
Психотравмы мирного времени (n = 5)	2	4,1	3	6,1	0,211	0,646	0,652

Эти данные подтверждают, что контузия вместе с другими опасными для жизни обстоятельствами входит в число основных составляющих боевой психической травмы. Сильная связь и высокое *od ratio* подтвержденной контузии и эвакуации с поля боя в госпиталь, сопряженность с ранениями и увечьями прямо указывает на то, что медицинская регистрация факта травмы делается чаще всего в случаях получения ранения и госпитализации. В частоте остальных факторов боевой обстановки и довоенного времени не было установлено разницы между теми, у кого контузия была подтверждена медицинскими или служебными документами, и у кого о контузии мы узнавали из субъективного анамнеза.

При сопоставлении симптомов ПТСР в случаях подтвержденных контузий и субъективных контузий без документального подтверждения (Таблица 3.5.4.) значимых различий не выявляется, что в целом показывает высокую надежность и достоверность предоставляемых участниками боевых действий анамнестических сведений.

Наличие документов, подтверждающих полученную на фронте контузию, имело существенное значение для установки диагноза – органическое психическое расстройство в связи с травмой головного в два раза чаще ставилось в таких случаях ($p = 0,012$, $OR = 2,960$). На установку диагноза ПТСР наличие травмы головного мозга не влияло.

Таблица 3.5.4. Различия симптомов ПТСР у участников боевых действий, которые перенесли контузии, подтвержденные документами, и перенесших контузии, не имеющие подтверждающих документов

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузии без документов (n = 49)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз органического психического расстройства в связи с ЧМТ (n = 36)	24	49,0	12	24,5	6,323	0,012	2,960
Диагноз ПТСР (n = 26)	9	18,4	13	26,5	0,938	0,333	0,623
Любой симптом ПТСР (n = 102)	41	83,7	40	81,6	0,071	0,790	1,153
Все признаки ПТСР (интрузии, избегания, гиперреактивности) (n = 27)	14	28,6	13	26,5	0,051	0,821	1,108
Интрузия (n = 82)	42	85,7	40	81,6	0,299	0,585	1,305
Избегание (n = 43)	23	46,9	20	40,8	0,373	0,541	1,283
Гиперреактивность (n = 68)	33	67,3	35	71,4	0,192	0,661	0,825
Возбудимость (n = 64)	36	73,5	28	57,1	2,882	0,090	2,077
Изменения личности (n = 27)	13	26,5	14	28,6	0,051	0,821	0,903

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

При сопоставлении других психопатологических проявлений в тех же группах (Таблица 3.5.5.) подтвержденные документами контузии показали сопряженность со всей совокупностью невротических симптомов ($p = 0,041$, $OR = 2,322$), с диссоциативными нарушениями ($p = 0,029$,

OR = 3,649) и длительно сохраняющимися нарушениями речи ($p = 0,045$, OR = 4,585), а также отрицательную связь с суицидальными попытками ($p = 0,050$, OR = 0,149) и преходящим сурдомутизмом после контузии ($p = 0,025$, OR = 0,189).

Несмотря на то, что в целом значимость различий таких факультативных симптомов, как невротическая симптоматика, близка к минимальной, например, диссоциативные нарушения при подтвержденных контузиях встречаются в 3 раза чаще, длительные нарушения речи в 4 раза чаще, а суицидальные попытки в 3 раза реже. То есть диссоциативные нарушения часто оказываются предпосылкой диагностики контузии в войсковом звене и приоритетного получения медицинской помощи. В остальном можно сказать, что по представленности дополнительных симптомов разница между группами с подтвержденными и неподтвержденными контузиями невелика.

Таблица 3.5.5. Сравнение психопатологических нарушений у участников боевых действий, которые перенесли контузии, подтвержденные документами, и перенесших контузии, не имеющие подтверждающих документов

Психопатологические симптомы	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузии без документов (n = 49)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 42)	26	53,1	16	32,7	4,167	0,041	2,332
Астеническая симптоматика (n = 40)	24	49,0	16	32,7	2,703	0,100	1,980
Панические приступы (n = 9)	3	6,1	6	12,2	1,101	0,294	0,467
Ипохондрия (n = 2)	1	2,0	1	2,0	0,000	1,000	1,000
Диссоциативные симптомы (n = 16)	12	24,5	4	8,2	4,780	0,029	3,649
Соматоформные нарушения (n = 19)	11	22,4	8	16,3	0,588	0,443	1,484
Эмоциональные нарушения (n = 81)	42	85,7	39	79,6	0,641	0,424	1,538
Тревога (n = 77)	39	79,6	38	77,6	0,061	0,806	1,129
Депрессивная симптоматика (n = 51)	22	44,9	29	59,2	2,003	0,157	0,562
Дисфория (n = 22)	10	20,4	12	25,5	0,234	0,628	0,791
Заторможенность (n = 19)	7	14,3	12	24,5	1,632	0,201	0,514
Апатия (n = 17)	7	14,3	10	20,4	0,641	0,424	0,650
Ослабление памяти (n = 14)	9	18,4	5	10,2	1,333	0,248	1,980
Инертность (n = 24)	15	30,6	9	18,4	1,986	0,159	1,961
Снижение уровня мышления (n = 7)	4	8,2	3	6,1	0,154	0,695	1,363
<i>Сурдомутизм после контузии (n = 11)</i>	2	4,1	9	18,4	5,018	0,025	0,189
Нарушения экспрессивной речи (22)	12	24,5	10	20,4	0,234	0,628	1,265
Длительное затруднение речи (n = 10)	8	16,3	2	4,1	4,009	0,045	4,585
Психотическая симптоматика (n = 17)	11	22,4	6	12,2	1,779	0,182	2,075
Агрессивность (n = 28)	19	38,8	9	18,4	5,000	0,025	2,815

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Сравнение группы пациентов, которые перенесли подтвержденные документами контузии, и группы отрицавших в своем анамнезе контузии показало многочисленные и

значимые различия (Таблица 3.5.6.). Подтвержденные контузии являются определяющими в диагностике органических психических расстройств в связи с травмой головного мозга и не влияют на установку диагноза ПТСР. Однако подтвержденные контузии связаны с наличием разных симптомов ПТСР и, в частности, интрузии, гиперреактивности, повышенной возбудимости и изменений личности. То есть объективизированные контузии достоверно ассоциированы с симптомами ПТСР, но во многих таких случаях становятся предпосылкой диагностики не стрессовых расстройств, а органической психической патологии.

Таблица 3.5.6. Различия симптомов ПТСР у участников боевых действий, которые перенесли контузии, подтвержденные документами, и отрицавших наличие контузии.

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузий на войне не переносили (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз Органического психического расстройства в связи с ЧМТ (n = 25)	24	49,0	1	2,4	24,646	< 0,001	39,360
Диагноз ПТСР (n = 26)	9	18,4	4	9,5	1,444	0,229	2,138
Любой симптом ПТСР (n = 102)	41	83,7	21	50,0	11,811	0,001	5,125
С-мы интрузии, избегания, гиперреактивности (n = 32)	14	28,6	5	11,9	3,803	0,051	2,960
Интрузия (n = 101)	42	85,7	19	45,2	16,766	< 0,001	7,263
Избегание (n = 52)	23	46,9	9	21,4	6,455	0,011	3,244
Гиперреактивность (n = 80)	33	67,3	12	28,6	13,603	< 0,001	5,156
Возбудимость (n = 75)	36	73,5	11	26,2	20,243	< 0,001	7,804
Изменения личности (n = 31)	13	26,5	4	9,5	4,306	0,038	3,431

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Сравнение этих же групп по частоте психических нарушений, коморбидных стрессовых расстройствам (Таблица 3.5.7.), отображает прямую связь подтвержденной контузии с выявлением астенической симптоматики, диссоциативных и соматоформных нарушений, признаков ослабления памяти, возникающих вслед за контузией преходящих нарушений речи и длительного заикания.

Таблица 3.5.7. Сравнение психопатологических нарушений у участников боевых действий, которые перенесли контузии, подтвержденные документами, и не переносивших контузии.

Психопатологические симптомы	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузий на войне не переносили (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (n = 37)	26	53,1	11	26,2	6,768	0,009	3,186
Астеническая симптоматика (n = 30)	24	49,0	6	14,3	12,318	< 0,001	5,760
Панические приступы (n = 4)	3	6,1	1	2,4	0,753	0,385	2,674
Ипохондрия (n = 2)	1	2,0	1	2,4	0,012	0,912	0,854
Диссоциативные симптомы (n = 15)	12	24,5	3	7,1	4,943	0,026	4,216

Продолжение таблицы 3.5.7.

Психопатологические симптомы	Контузия, подтвержденная документами (n = 49)		Контузий на войне не переносили (n = 42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Соматоформные нарушения (n = 14)	11	22,4	3	7,1	4,070	0,044	3,763
Эмоциональные нарушения (n = 75)	42	85,7	33	78,6	0,796	0,372	1,636
Тревога (n = 68)	39	79,6	29	69,0	1,331	0,249	1,748
Депрессивная симптоматика (n = 43)	22	44,9	21	50,0	0,236	0,627	0,815
Дисфория (n = 13)	10	20,4	3	7,1	3,250	0,071	3,333
Заторможенность (n = 14)	7	14,3	7	16,7	0,098	0,754	0,833
Апатия (n = 13)	7	14,3	6	14,3	0,000	1,000	1,000
Ослабление памяти (n = 11)	9	18,4	2	4,8	3,939	0,047	4,500
Инертность (n = 21)	15	30,6	6	14,3	3,396	0,065	2,647
Снижение уровня мышления (n = 7)	4	8,2	3	7,1	0,033	0,855	1,156
Сурдомутизм после контузии (n = 2)	2	4,1	0	0,0	1,753	0,186	1,043
Нарушения экспрессивной речи (14)	12	24,5	2	4,8	6,761	0,009	6,486
Длительное затруднение речи (n = 9)	8	16,3	1	2,4	4,935	0,026	8,000
Алкогольная зависимость (n = 12)	6	12,2	6	14,3	0,082	0,774	0,837
Злоупотребление алкоголем без признаков зависимости (n = 11)	7	14,3	4	9,5	0,483	0,487	1,583
Психотические симптомы (n = 29)	11	22,4	18	42,9	4,338	0,037	0,386
Психоз эндогенный (n = 21)	7	14,3	14	33,3	4,622	0,032	0,333
Психоз диссоциативный (n = 3)	2	4,1	1	2,4	0,205	0,651	1,745
Агрессивность (n = 33)	19	38,8	14	33,3	0,290	0,590	1,267

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Все это показывает связь контузии с последующими проявлениями органической психической патологии, преимущественно умеренной тяжести, которая проявляется церебрастениями, легкими когнитивными нарушениями, а также часто связана с возникновением конверсионных диссоциативных симптомов. Причем возникновение последних, как это было показано в разделе 3.3.3 и таблице 3.3.10, совершенно отчетливо увязано с полученными травмами головы и реакциями боевого стресса. То есть диссоциативные расстройства у участников боевых действий являются примером того, на что указывали отечественные психиатры после Великой Отечественной войны (Н.Н. Тимофеев, 1945, 1962; М.О. Гуревич, 1947) – насколько бывает трудно определить значение органического и психогенного факторов в возникновении и развитии психических нарушений. А еще эти связи подтверждают ранее полученные данные (Е.В. Снедков, 1997; Е.В. Снедков с соавт., 2007) о том, что диссоциативная симптоматика чаще возникает у лиц подвергавшихся реальной угрозе жизни.

Имеющиеся в военном анамнезе контузии вместе с наличием симптомов церебрастении и органического поражения головного мозга влияло на установку диагноза (Таблица 3.5.8.) – с

диагнозами из группы F0, в том числе F04, F06 и F07, сопряжена описанная в анамнезе контузия и контузия, подтвержденная меддокументами.

Таблица 3.5.8. Сравнение психопатологических нарушений у участников боевых действий, которым был установлен диагноз Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга.

Психопатологические симптомы	Диагноз Органическое психическое расстройство в связи с ЧМТ (n = 37)		Другое психическое расстройство (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Контузия в анамнезе (n = 98)	36	97,3	62	60,2	17,845	< 0,001	23,806
Контузия подтвержденная (n = 49)	24	64,9	25	24,3	18,717	< 0,001	5,760
Ранение (n = 68)	23	62,2	45	43,7	3,719	0,054	2,117
Увечье (n = 8)	4	10,8	4	3,9	2,425	0,119	3,000
ЧМТ до войны (n = 27)	9	24,3	18	17,5	0,820	0,365	1,518
ПТСР любой симптом (n = 102)	31	83,8	71	68,9	3,036	0,081	2,329
Интрюзия (n = 101)	31	83,8	70	68,0	3,391	0,066	2,436
Избегание (n = 52)	19	51,4	33	32,0	4,349	0,037	2,239
Гиперреактивность (n = 80)	26	70,3	54	52,4	3,539	0,060	2,145
Возбудимость (n = 75)	25	67,6	50	48,5	3,961	0,047	2,208
Изменения личности (n = 31)	12	32,4	19	18,4	3,089	0,079	2,122
Астеническая симптоматика (46)	25	67,6	21	20,4	27,465	< 0,001	8,135
Демонстративное поведение (43)	18	48,6	25	24,3	7,601	0,006	2,956
Диссоциативные симптомы (19)	10	27,0	9	8,7	7,763	0,005	3,868
Тревога (n = 106)	31	83,8	75	72,8	1,781	0,182	1,929
Депрессивная симптоматика (72)	16	43,2	56	54,4	1,349	0,245	0,639
Дисфория (n = 25)	9	24,3	16	15,5	1,434	0,231	1,748
Ослабление памяти (n = 16)	8	21,6	8	7,8	5,162	0,023	3,276
Инертность мышления (n = 30)	14	37,8	16	15,5	8,043	0,005	3,310
Снижение уровня обобщений (n = 10)	2	5,4	8	7,8	0,229	0,639	0,679
Злоупотребление или зависимость от алкоголя (37)	8	21,6	29	28,2	0,598	0,439	0,704
Зависимость от алкоголя (21)	3	8,1	18	17,5	1,874	0,171	0,417
Агрессия (n = 40)	11	29,7	29	28,2	0,033	0,856	1,080

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Наряду с фактом самой травмы головы, опорными диагностическими признаками служили астенические проявления ($\chi^2 = 27,465$; $p < 0,001$; OR = 8,135), аффективная неустойчивость ($\chi^2 = 3,961$; $p = 0,047$; OR = 2,208), ослабление памяти ($\chi^2 = 5,162$; $p = 0,023$; OR = 3,276) и инертность мышления ($\chi^2 = 8,043$; $p = 0,005$; OR = 3,868). Вместе с тем, анализ сопряженности показал, что у военнослужащих с диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга чаще отмечались диссоциативные нарушения

($\chi^2 = 7,763$; $p = 0,005$; $OR = 3,868$), демонстративная манера предъявления жалоб ($\chi^2 = 7,601$; $p = 0,006$; $OR = 2,956$) и сомнительный характер симптомов, когда было заметно противоречие между серьезностью жалоб больного и дефицитом наблюдаемых признаков болезни, а также неплохой адаптацией пациента ($\chi^2 = 10,235$; $p = 0,001$; $OR = 4,108$).

Логистической регрессией предикторами установки диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга определены наличие в анамнезе контузии ($W = 5,588$; $p = 0,018$; $OR = 15,752$), астеническая симптоматика ($W = 17,976$; $p < 0,001$; $OR = 8,878$), признаки психоорганического синдрома ($W = 4,876$; $p = 0,027$; $OR = 4,304$), а также наличие диссоциативных нарушений ($W = 6,010$; $p = 0,014$; $OR = 4,790$), среди которых чаще всего отмечались явления «логоневроза». Модель показала устойчивость с прогнозом 83,6% ($R^2 = 0,645$, $\chi^2 = 1,512$, $p = 0,993$; Общая процентная доля = 83,6%).

3.6. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

Всего у 37 (26,4%) участников боевых действий, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, отмечались разные формы злоупотребления алкоголем: у 21 (15%) были выявлены признаки зависимости, из них у 9 (6,4%) зависимость была вынесена в диагноз, у остальных – сопутствовала другой преобладающей и диагностированной психической патологии. 16 человек (11,4%) признавали у себя частое употребление спиртных напитков, и употребляли алкоголь таким образом, что оно имело социальные последствия (например, задержания полицией), наносило вред их здоровью, или они пьянствовали в период лечения ранений, однако бесспорных, надежных признаков зависимости у них выявлено не было.

3.6.1. Условия военного и мирного времени, с которыми связаны злоупотребление и зависимость от алкоголя

Анализ наркологической патологии участников боевых действий показал, что злоупотребление алкоголем и формирование зависимости происходит в связи с влиянием довоенных и послевоенных неблагоприятных предпосылок, а также провоцируется или поддерживается в ситуации воздействия боевых стресс-факторов.

Изучение сопряженности стрессоров боевой обстановки во всей когорте участников боевых действий со злоупотреблением или признаками алкогольной зависимости по сравнению с группой не склонных к частому употреблению спиртных напитков показывает, что на тех и других пациентов учтенные в исследовании неблагоприятные фронтовые условия оказывали

влияние с одинаковой частотой (Таблица 3.7.1.). Существенное отличие обнаружилось лишь в том, что ветераны, злоупотребляющие алкоголем, продолжали частое употребление спиртного в зоне боевых действий ($p < 0,001$), которое не встречалось среди тех, у кого до и после войны не обнаруживалось склонности к пьянству.

Таблица 3.6.1. Сопряженность стресс-факторов боевой обстановки со злоупотреблением и алкогольной зависимостью у участников боевых действий

Стресс-факторы	Выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 37)		Не выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	29	78,4	79	76,7	0,044	0,835	1,101
Артобстрелы (n = 123)	33	89,2	90	87,4	0,084	0,772	1,196
Контузии (n = 98)	27	73,0	71	68,9	0,212	0,645	1,217
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	14	37,8	35	34,0	0,178	0,673	1,183
Ранение (n = 68)	16	43,2	52	50,5	0,572	0,450	0,747
Увечье (n = 8)	3	8,1	5	4,9	0,535	0,465	1,729
Вражеский плен (n = 2)	0	0,0	2	1,9	0,729	0,393	-
РБС на фронте (n = 32)	5	13,5	27	26,2	2,490	0,115	0,440
Госпитализация с ЛБС (86)	19	51,4	67	65,0	1,155	0,142	0,567
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	15	40,5	0	0,0	46,768	< 0,001	-
Положительная установка на участие в боевых действиях (n = 19)	7	18,9	12	11,7	1,226	0,268	1,769

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

В то же время алкогольная зависимость и злоупотребление алкоголем показали прямую сопряженность с патогенными факторами, не связанными с боевыми действиями (Таблица 3.6.2.): наличием различных психических отклонений до войны, довоенным злоупотреблением алкоголем и наркотиками, и, скорее всего, обусловленными ими черепно-мозговыми травмами.

Изучение ассоциаций выявленной алкогольной зависимости с разными факторами военного и мирного времени показало ее значимую сопряженность только со злоупотреблением спиртным на фронте ($p < 0,001$) и низкую сопряженность или даже обратную связь с другими условиями боевой обстановки (Таблица 3.6.3.). Так, обследованные с алкогольной зависимостью, по сравнению с участниками боевых действий, не злоупотреблявшими спиртным, редко имели в военном анамнезе ранения ($p = 0,025$, OR = 0,306), перенесенные реакции боевого стресса ($p = 0,032$, OR = 0,141) и госпитализации с линии фронта ($p = 0,021$, OR = 0,331). Надо к этому добавить, что в когорте с алкогольной зависимостью намного чаще возникали служебные конфликты, которые, как правило, возникали на почве их пьянства.

Таблица 3.6.2. Сопряженность небоевых факторов со злоупотреблением и алкогольной зависимостью у участников боевых действий (таблицы сопряженности)

Небоевые факторы	Выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 37)		Не выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Наследственная отягощенность (n = 20)	8	21,6	12	11,7	2,210	0,137	2,092
Психические отклонения до войны (n = 66)	29	78,4	37	35,9	19,691	< 0,001	6,466
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	28	75,5	0	0,0	97,432	< 0,001	-
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	13	35,1	12	11,7	10,235	0,001	4,108
ЧМТ до войны (n = 27)	14	37,8	13	12,6	11,120	0,001	4,214
Психотравмы мирного времени (n = 8)	4	10,8	4	3,9	2,425	0,119	3,000
Судимость (n = 17)	6	16,2	11	10,7	0,782	0,376	1,619
Конфликты на службе (n = 25)	9	24,3	16	15,5	1,434	0,231	1,748

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 3.6.3. Сопряженность стресс-факторов боевой обстановки с алкогольной зависимостью у участников боевых действий с выявленной алкогольной зависимостью и не склонных к употреблению алкоголя

Стресс-факторы	Выявлена зависимость от алкоголя (n = 21)		Не выявлено злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 95)	16	76,2	79	76,7	0,003	0,960	0,972
Артобстрелы (n = 108)	18	89,2	90	87,4	0,043	0,836	0,867
Контузии (n = 86)	15	71,4	71	68,9	0,051	0,821	1,127
Контузии подтвержденные документами (n = 41)	6	28,6	35	34,0	0,231	0,631	0,777
Ранение (n = 57)	5	23,8	52	50,5	4,998	0,025	0,306
Увечье (n = 8)	1	4,8	5	4,9	0,000	0,986	0,980
Вражеский плен (n = 2)	0	0,0	2	1,9	0,414	0,520	-
РБС на фронте (n = 28)	1	4,8	27	26,2	4,592	0,032	0,141
Госпитализация с ЛБС (n = 75)	8	38,1	67	65,0	5,302	0,021	0,331
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 13)	13	61,9	0	0,0	71,230	< 0,001	-
Конфликты на службе (n = 23)	7	33,3	16	15,5	3,658	0,056	2,719
Положительная установка на участие в боевых действиях (n = 16)	4	19,0	12	11,7	0,849	0,357	1,784

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

При этом алкогольная зависимость у участников боевых действий часто сочеталась с невоенными неблагоприятными факторами (Таблица 3.6.4.): она имела высокую сопряженность с психопатологической наследственностью ($p = 0,045$, $OR = 3,033$), прослеживающимися с

довоенного времени психическими нарушениями ($p < 0,001$, $OR = 16,946$), в том числе злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$) и наркотиками ($p = 0,003$, $OR = 4,667$), а также перенесенными в мирное время ЧМТ ($p = 0,005$, $OR = 4,260$), которые также, скорее всего, были не предпосылкой психических проблем, а следствием частого и неумеренного употребления алкоголя.

Таблица 3.6.4. Сопряженность небоевых факторов с алкогольной зависимостью у участников боевых действий с выявленной алкогольной зависимостью и не склонных к употреблению алкоголя

Небоевые факторы	Выявлена зависимость от алкоголя (n = 21)		Не выявлено злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Наследственная отягощенность (n = 18)	6	28,6	12	11,7	4,025	0,045	3,033
Психические отклонения до войны (n = 56)	19	90,5	37	35,9	20,962	< 0,001	16,946
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 21)	21	100,0	0	0,0	124,000	< 0,001	-
Употребление наркотиков до войны (n = 20)	8	38,1	12	11,7	9,018	0,003	4,667
ЧМТ до войны (n = 21)	8	38,1	13	12,6	8,047	0,005	4,260
Психотравмы мирного времени (n = 6)	2	9,5	4	3,9	1,205	0,272	2,605
Судимость (n = 16)	5	23,8	11	10,7	2,676	0,102	2,614

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

У пациентов с установленным диагнозом также, как у остальных обследованных с алкогольной зависимостью, отмечается высокая сопряженность с употреблением алкоголя на войне ($p < 0,001$, $OR = 53,813$), наследственной отягощенностью психическими расстройствами ($p = 0,008$, $OR = 5,750$), отмечавшимися до боевых действий психическими нарушениями ($p = 0,009$, $OR = 10,069$) и злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$) (Таблицы 3.6.5. и 3.6.6.).

Отсутствие значимой связи с употреблением наркотиков объясняется тем, что в диагностированных случаях признаки зависимости от алкоголя формировалась задолго до участия в войне и пристрастие уже давно или даже изначально концентрировалось на спиртном. Часто алкоголизму сопутствовали травмы головного мозга, которые больные получали в состоянии опьянения.

Сравнение ассоциаций между факторами боевой обстановки и довоенными или послевоенными условиями со злоупотреблением алкоголем без признаков зависимости показало, что в данной когорте не имели значения боевые стресс-факторы, не выявлено сопряженности с наличием наследственной отягощенности и психическими расстройствами в довоенном прошлом, но показали свою значимость довоенные опыт употребления наркотиков

($p = 0,037$, $OR = 3,447$) и злоупотребление алкоголем ($p < 0,001$, $OR = 1,778$), а также употребление алкоголя в период боевых действий ($p < 0,001$, $OR = 1,143$).

Таблица 3.6.5. Сопряженность стресс-факторов боевой обстановки с диагностированной алкогольной зависимостью у участников боевых действий

Стресс-факторы	Диагноз Алкогольная зависимость (n = 9)		Диагноз Алкоголизма не установлен (n = 131)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 108)	6	66,7	102	77,9	0,599	0,439	0,569
Артобстрелы (n = 123)	7	77,8	116	88,5	0,916	0,339	0,453
Контузии (n = 98)	6	66,7	92	70,2	0,051	0,822	0,848
Контузии подтвержденные документами (n = 49)	3	33,3	46	35,1	0,012	0,914	0,924
Ранение (n = 68)	3	33,3	65	49,6	0,894	0,344	0,508
Увечье (n = 8)	1	8,1	7	5,3	0,520	0,471	2,214
Вражеский плен (n = 2)	0	0,0	2	1,5	0,139	0,709	-
РБС на фронте (n = 32)	0	0,0	32	24,4	2,850	0,091	-
Госпитализация с ЛБС (n = 86)	3	33,3	83	63,4	3,204	0,073	0,289
Злоупотребление алкоголем на фронте (n = 15)	7	77,8	8	6,1	45,220	< 0,001	53,813
Положительная установка на участие в боевых действиях (n = 19)	0	0,0	19	14,5	1,510	0,219	-

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 3.6.6. Сопряженность небоевых факторов с диагностированной алкогольной зависимостью у участников боевых действий (таблицы сопряженности)

Небоевые факторы	Диагноз Алкогольная зависимость (n = 9)		Диагноз Алкоголизма не установлен (n = 131)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Наследственная отягощенность (n = 20)	4	44,4	16	12,2	7,144	0,008	5,750
Психические отклонения до войны (n = 66)	8	88,9	58	44,3	6,727	0,009	10,069
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 28)	9	100,0	19	14,5	38,473	< 0,001	-
Употребление наркотиков до войны (n = 25)	3	33,3	22	16,8	1,571	0,210	2,477
ЧМТ до войны (n = 27)	4	44,4	23	17,6	3,911	0,048	3,757
Психотравмы мирного времени (n = 8)	0	0,0	8	6,1	0,583	0,445	0,939
Судимость (n = 17)	2	22,2	15	11,5	0,916	0,339	2,210
Конфликты на службе (n = 25)	3	33,3	22	16,8	1,571	0,210	2,477

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Обобщая анализ сопряженности неблагоприятных факторов с разными формами злоупотребления алкоголем, можно сказать, что основные патогенные факторы и

обстоятельства непосредственно военного времени (участие в боях, контузии, ранения, увечья, случаи госпитализации с передовой) или не имеют связи или показывают отрицательные ассоциации с выявляемой зависимостью от алкоголя (Рисунок 3.2.). Из всего списка обстоятельств, которые могут влиять на психическое здоровье, одно только фронтовое пьянство (злоупотребление алкоголем в зоне боевых действий) сопряжено с наличием у участников боевых действий алкогольной проблемы вообще и, в частности, с выявленной и диагностированной зависимостью от алкоголя, а также со злоупотреблением спиртными напитками без убедительных признаков формирования зависимости (Рисунок 3.2. в приложении к главе 3). То есть, сами по себе боевые стрессоры не обнаруживают достоверной прямой связи с алкогольной проблемой у участников боевых действий. У ветеранов, злоупотребляющих алкоголем и имеющих признаки зависимости, пристрастие к спиртному прослеживается с довоенного времени и проявляет себя во время боевых действий. Судя по меньшему числу ранений, перенесенных РБС и случаев медицинской эвакуации с передовой, есть основания предполагать (и тому есть подтверждения в конкретных клинических примерах), что военнотружущие с зависимостью от алкоголя из-за своего ненадежного поведения реже привлекаются к выполнению боевых задач.

3.6.2. Связь злоупотребления и зависимости от алкоголя с симптомами стрессовых и других психических расстройств

У участников боевых действий со злоупотреблением алкоголем все симптомы-признаки ПТСР выявлялись примерно с той же частотой, что и в когорте не обнаруживавших чрезмерного употребления алкоголя (Таблица 3.6.7.).

Таблица 3.6.7. Сопряженность симптомов ПТСР со случаями выявленного злоупотребления или алкогольной зависимости у участников боевых действий

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 37)		Не выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 26)	9	24,3	17	16,5	1,101	0,294	1,626
Симптомы ПТСР (n = 102)	27	73,0	75	72,8	0,000	0,985	1,008
Интрузия (n = 101)	26	70,3	75	72,8	0,088	0,767	0,882
Избегание (n = 52)	9	24,3	43	41,7	3,539	0,060	0,449
Гиперреактивность (n = 80)	19	51,4	61	59,2	0,689	0,407	0,727
Возбудимость (n = 75)	19	51,4	56	54,4	0,100	0,752	0,886
Изменения личности (n = 31)	6	16,2	25	24,3	1,025	0,311	0,604

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Подгруппа пациентов с диагностированной алкогольной зависимостью также по составу отдельных симптомов ПТСР не отличалась от обследованных без признаков злоупотребления спиртным. Однако в подгруппе с диагностированным алкоголизмом не было пациентов, у которых отмечался полный набор симптомов-признаков ПТСР, хотя в связи с небольшой выборкой этой подгруппы различие не было статистически значимым.

При сопоставлении отдельно подгрупп участников боевых действий с выявленной алкогольной зависимостью и со злоупотреблением алкоголем против обследованных без склонности к частому употреблению алкоголя также по представленности большинства признаков ПТСР разницы не выявляется (Таблицы 3.6.8 и 3.6.9). Но обращает внимание значимое уменьшение среди зависимых пациентов случаев с полным набором симптомов-признаков ПТСР ($p = 0,027$; $OR = 0,134$) и феномена избегания ($p = 0,051$; $OR = 0,328$).

Таблица 3.6.8. Различия симптомов ПТСР у участников боевых действий с выявленной алкогольной зависимостью по сравнению с несклонными к употреблению алкоголя

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Выявлена зависимость от алкоголя (n = 21)		Не выявлено злоупотребления алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 22)	5	23,8	17	16,5	0,638	0,425	1,581
Наличие всех симптомов ПТСР (n = 29)	1	4,8	28	27,2	4,895	0,027	0,134
Симптомы ПТСР (n = 89)	14	66,7	75	72,8	0,326	0,568	0,747
Интрюзия (n = 88)	13	61,9	75	72,8	1,008	0,315	0,607
Избегание (n = 47)	4	19,0	43	41,7	3,819	0,051	0,328
Гиперреактивность (n = 70)	9	42,9	61	59,2	1,901	0,168	0,516
Возбудимость (n = 65)	9	42,9	56	54,4	0,927	0,336	0,629
Изменения личности (n = 27)	2	9,5	25	24,3	2,227	0,136	0,328

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 3.6.9. Представленность симптомов ПТСР у участников боевых действий со злоупотреблением алкоголем по сравнению с не склонными к употреблению алкоголя

Диагноз ПТСР и симптомы боевого ПТСР	Злоупотребление алкоголем без зависимости (n = 16)		Нет сведений о злоупотреблении алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР (n = 21)	4	25,0	17	16,5	0,688	0,407	1,685
Наличие всех симптомов ПТСР (n = 31)	3	18,8	28	27,2	0,511	0,475	0,618
Симптомы ПТСР (n = 89)	13	81,3	75	72,8	0,511	0,475	1,618
Интрюзия (n = 88)	13	81,3	75	72,8	0,511	0,475	1,618
Избегание (n = 47)	5	31,3	43	41,7	0,634	0,426	0,634
Гиперреактивность (n = 71)	10	62,5	61	59,2	0,062	0,804	1,148
Возбудимость (n = 66)	10	62,5	56	54,4	0,371	0,543	1,399
Изменения личности (n = 27)	4	25,0	25	24,3	0,004	0,950	1,040

У участников боевых действий с зависимостью и злоупотреблением алкоголем значимых различий по частоте большинства других психопатологических симптомов, не входящих в критерии диагностики ПТСР, не выявлено. Прямая сопряженность у них отмечена лишь с инертностью мышления и обратная связь с астенической и депрессивной симптоматикой. В таблице 3.6.10 представлены только статистически значимые ассоциации. Сравнение всей выборки злоупотреблявших алкоголем, подгруппы с диагностированной алкогольной зависимостью и подгруппы с выявленным синдромом зависимости проведено с той частью обследованных, которые не показали склонности к употреблению спиртного.

*Таблица 3.6.10. Статистически значимые ассоциации психопатологических симптомов невротического, аффективного и психоорганического регистров со случаями выявленного злоупотребления или алкогольной зависимости у участников боевых действий**

Психопатологические симптомы	Выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 37)		Не выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Астеническая симптоматика (n = 46)</i>	8	21,6	38	36,9	2,878	0,090	0,472
<i>Депрессия (n = 72)</i>	13	35,1	59	57,3	5,345	0,021	0,404
Инертность мышления (n = 30)	13	35,1	17	16,5	5,612	0,018	2,740
	Установлен Диагноз Алкогольной зависимости (n = 9)		Не выявлены зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Астеническая симптоматика (n = 38)</i>	0	0,0	38	36,9	5,025	0,025	-
<i>Депрессия (n = 60)</i>	1	11,1	59	57,3	7,094	0,008	0,093
Ослабление памяти (n = 13)	3	33,3	10	9,7	4,502	0,034	4,650
Инертность мышления (n = 21)	4	44,4	17	16,5	4,241	0,039	4,047
Снижение интеллекта (n = 6)	4	44,4	2	1,9	29,490	< 0,001	40,400
Агрессия (n = 29)	5	55,6	24	23,3	4,488	0,034	4,115
	Выявлена зависимость от алкоголя (n = 21)		Не выявлено злоупотребления алкоголем (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Астеническая симптоматика (n = 41)</i>	3	14,3	38	36,9	4,028	0,045	0,285
<i>Диссоциативные симптомы (17)</i>	0	0,0	17	16,5	4,017	0,045	0,835
<i>Соматоформные симптомы (18)</i>	0	0,0	18	17,5	4,293	0,038	0,825
<i>Депрессия (n = 64)</i>	5	23,8	59	57,3	7,825	0,005	0,233
Ослабление памяти (n = 16)	6	28,6	10	9,7	5,523	0,019	3,720
Инертность мышления (n = 37)	10	47,6	17	16,5	9,914	0,002	4,599
Снижение уровня мышления (9)	7	33,3	2	1,9	25,537	< 0,001	25,250
<i>Предъявляемые симптомы, вызывающие сомнение (n = 24)</i>	1	4,8	23	22,3	3,449	0,063	0,174

* указаны ассоциации, показавшие статистически значимую связь.

С наличием выявленной и диагностированной алкогольной зависимости прямо ассоциированы когнитивные нарушения – ослабление памяти, инертность и снижение качества мышления. Напротив, обратную связь с алкогольной зависимостью имеют расстройства невротического и аффективного круга – астения, депрессия, диссоциативные и соматоформные симптомы.

Таким образом, исследование участников боевых действий не показало у них высокой коморбидности ПТСР и алкогольной зависимости. Снижение числа пациентов с полным набором симптомов ПТСР и расстройств невротического круга можно объяснить психопатологическими проявлениями алкоголизма и присущими ему изменениями личности, которые выступают на первый план в картине болезни, маскируют психопатологию невротического круга, в том числе стрессовые расстройства, снижают интенсивность, яркость и разнообразие эмоциональных реакций и чувствительность к внешним факторам.

3.7. Диагностика психических расстройств у участников боевых действий с симптомами ПТСР

В группе участников боевых действий, которые имели симптомы ПТСР ($n = 102$), логистическая регрессия не выявила синдромов предикторов установки диагноза ПТСР, расстройств адаптации и других невротических расстройств. Единственным значимым предиктором установки диагноза из группы «Органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга» оказалось выявление астенического синдрома ($W = 7,961$; $p = 0,005$; $OR = 13,006$) при низкой устойчивости модели и прогнозом 74,0% ($R^2 = 0,468$; $\chi^2 = 0,739$; $p = 0,390$; Общая процентная доля = 74,0%). Таким же единственным предиктором диагностики аффективных расстройств (депрессивного эпизода и РДР) служит депрессия с заторможенностью ($W = 13,362$; $p < 0,001$; $OR = 85,087$) при высокой устойчивости модели ($R^2 = 0,745$; $\chi^2 = 1,568$; $p = 0,955$; Общая процентная доля = 74,0%)

В выборке участников боевых действий, имеющих различные симптомы ПТСР, установка диагноза определялась не столько их наличием, как преобладанием других психопатологических проявлений (Таблица 3.7.1).

Диагностика органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга напрямую ассоциировалось с выявлением следующих синдромов и симптомов: астенического синдрома и его частных симптомов, диссоциативных нарушений, признаков ослабления памяти и инертности психических процессов. В связи с небольшим числом случаев диагностики невротических реакций не удалось при них выделить статистически значимых связей с какими либо симптомами. Диагностированные аффективные расстройства

(депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное расстройство) имели прямую ассоциацию с присутствием в диагнозе депрессивного синдрома и выявлением симптомов депрессии, заторможенности и проявлений апатии, а также значимую обратную связь с указанием в диагнозе «аффективных нарушений», психопатоподобного синдрома, с ослаблением памяти и инертностью мышления.

*Таблица 3.7.1. Сопряженность диагностированных психических расстройств с психопатологическими синдромами и симптомами у участников боевых действий, у которых выявлены симптомы ПТСР (таблицы сопряженности)**

Выявленные синдромы и симптомы	Диагноз ПТСР установлен (n = 26)		Установлен другой диагноз (n = 76)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Заторможенность (22)</i>	2	7,7	20	26,3	3,972	0,046	0,233
<i>Апатия (18)</i>	1	3,8	17	22,4	4,573	0,032	0,139
	Диагноз Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (n = 31)		Установлен другой диагноз (n = 71)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Астенический синдром (10)	8	25,8	2	2,8	12,897	< 0,001	12,000
Депрессивный синдром (21)	1	3,2	20	28,2	8,211	0,004	0,085
Заторможенность (22)	3	9,7	19	26,8	3,723	0,054	0,293
Апатия (18)	1	3,2	17	23,9	6,373	0,012	0,106
Астения (41)	23	74,2	18	25,4	21,413	< 0,001	8,465
Диссоциативные с-мы (16)	9	29,0	7	9,9	5,998	0,014	3,740
Ослабление памяти (13)	8	25,8	5	7,0	6,832	0,009	4,591
Инертность (21)	11	35,5	10	14,1	6,044	0,014	3,355
	Диагноз из раздела F3 «Аффективные расстройства» (28)		Установлен другой диагноз (n = 74)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Депрессивный синдром (21)	19	67,9	2	2,7	52,744	< 0,001	76,000
«Аффективные нарушения» в диагнозе (10)	0	0,0	10	13,5	4,195	0,041	-
Психопатоподобный синдром (17)	0	0,0	17	23,0	7,719	0,005	-
Симптомы ПТСР 1, 2 или 3 групп признаков (44)	17	60,7	27	36,5	4,861	0,027	2,690
Избегание (52)	20	71,4	32	43,2	6,457	0,011	3,281
Депрессия (60)	28	100,0	32	43,2	27,016	< 0,001	-
Заторможенность (22)	18	64,3	4	5,4	41,631	< 0,001	31,500
Апатия (18)	15	53,6	3	4,1	34,273	< 0,001	27,308
Ослабление памяти (13)	0	0,0	13	17,6	5,637	0,018	-
Инертность (21)	1	3,6	20	27,0	6,836	0,009	0,100

* представлены только статистические значимые ассоциации

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

В подгруппе участников боевых действий, имеющих какие-либо симптомы ПТСР (то есть проявления острого ПТСР), выявлена взаимная сопряженность отдельных психопатологических симптомов и групп признаков (Таблица 3.7.2., Рисунок 3.3 в Приложении к главе 3).

Таблица 3.7.2. Взаимная сопряженность различных психопатологических симптомов у участников боевых действий, которые имеют признаки ПТСР (таблицы сопряженности)*

Выявленные синдромы и симптомы	Диссоциативные с-мы (n = 16)		Нет диссоциативных с-мов (n = 86)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (35)	11	68,8	24	27,9	9,9842	0,002	5,683
	Соматоформные с-мы (n = 21)		Нет соматоформных с-мов (n = 81)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР 1, 2 или 3 групп признаков (44)	13	61,9	31	38,3	3,797	0,051	2,621
Избегание (52)	15	71,4	37	45,7	4,425	0,035	2,973
Астения (41)	16	76,2	25	30,9	14,252	< 0,001	7,168
Панические атаки (10)	8	38,1	2	2,5	23,625	< 0,001	24,000
	Демонстративное поведение (35)		Нет демонстративного поведения (67)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Ожидание опасности (77)	20	57,1	57	85,1	9,694	0,002	0,234
Диссоциативные с-мы (16)	11	31,4	5	7,5	9,984	0,002	5,683
	Панические атаки (10)		Панических атак нет (92)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Соматоформные с-мы (21)	8	80,0	13	14,1	23,936	< 0,001	24,308
	Астенические симптомы (41)		Астенических симптомов нет (61)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Соматоформные с-мы (21)	16	39,0	5	8,2	14,252	< 0,001	7,168
Ослабление памяти (13)	10	24,4	3	4,9	8,360	0,004	6,237
Инертность (21)	15	36,6	6	9,8	10,731	0,001	5,288
	Тревога (86)		Тревоги нет (16)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Агрессия (26)	17	19,8	9	56,3	9,454	0,002	0,192
	Депрессия (60)		Депрессии нет (42)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Избегание (52)	39	65,0	13	31,0	11,460	< 0,001	4,143
Ожидание опасности (77)	50	83,3	27	64,3	4,845	0,028	2,778
Эмоциональное онемение (21)	17	28,3	4	9,5	5,346	0,021	3,756
Заторможенность (22)	20	33,3	2	4,8	11,922	< 0,001	10,000
Апатия (18)	17	28,3	1	2,4	11,450	< 0,001	16,209
Агрессивность (26)	9	15,0	17	40,5	8,443	0,004	0,260

* представлены только статистические значимые ассоциации

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

У ветеранов с симптомами ПТСР комбинации сопутствующих (факультативных) психопатологических симптомов позволяют выделить некоторые подвиды реакций на боевой травматический стресс:

1) Сопряженность диссоциативных нарушений с демонстративным поведением и отсутствие у них других значимых ассоциаций, а также выявление случаев диссоциативных расстройств, которые не сочетались с симптомами ПТСР, указывает на наличие особого подвида реакций боевого стресса в виде невротических реакций с диссоциативными нарушениями

2) Сочетание панических атак с соматоформными расстройствами и признаками ПТСР при отсутствии других психических нарушений позволяет выделить тревожно-невротический вариант последствий боевого стресса.

3) Церебрастеническая симптоматика, сопряженная с легкими проявлениями когнитивного дефицита и симптомами ПТСР типична для военнослужащих, перенесших контузии, и представляет собой один из самых частых вариантов боевой психической патологии, возникающий вследствие сочетанного воздействия минно-взрывной и психической травмы, и которому лучше всего подходит двойной диагноз, включающий, например, органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга и ПТСР.

4) Сопряженность тревожной и депрессивной симптоматики при наличии симптомов интрузии и ожидания опасности образует наиболее частый тревожный или тревожно-депрессивный вариант ПТСР.

5) Сочетание депрессии с заторможенностью, апатией и эмоциональным онемением (часто в виде психической анестезии) представляет собой депрессивные варианты реакции на травматический стресс, которые в зависимости от их тяжести и значения тех или иных факторов можно квалифицировать как реактивные депрессии, депрессивный вариант ПТСР или депрессивные реакции.

3.8. Сравнительный анализ клинико-психопатологической структуры психических расстройств в ближайшее время после участия в боевых действиях и в отдаленном периоде после боевых действий

В изученных выборках недавних участников боевых действий и ветеранов, которые в отдаленном прошлом принимали участие в военных конфликтах, обнаружены значимые различия частоты диагностики отдельных групп психических расстройств (Таблица 3.8.1 и рисунок 3.4 в приложении к главе 3). Так, у участников боевых действий в три раза чаще

ставился диагноз ПТСР ($p < 0,001$; OR = 3,861), но в пять раз реже диагностировались другие невротические расстройства и расстройства адаптации ($p < 0,001$; OR = 0,176).

Таблица 3.8.1. Разница частоты установленного диагноза* у участников и ветеранов боевых действий (таблицы сопряженности).

Диагноз	Участники боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диагноз ПТСР	26	18,6	14	5,6	16,523	< 0,001	3,861
Расстройства адаптации и другие невротические расстройства	6	4,3	51	20,3	18,552	< 0,001	0,176
Расстройство личности	5	3,6	6	2,4	0,458	0,498	1,512
Реактивный психоз	3	2,1	0	0,0	3,604	0,058	-
Аффективные расстройства (Депрессивный эпизод, РДР, БАР)	33	23,6	8	3,2	39,784	< 0,001	9,368
Органические психические расстройства в связи с ЧМТ	37	26,4	80	31,9	1,270	0,260	0,768
Органические психические расстройства другие	6	4,3	19	7,6	1,619	0,203	0,547
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	23	16,4	15	6,0	11,191	< 0,001	3,093
Алкогольная зависимость	9	6,4	56	22,3	16,356	< 0,001	0,239
Наркомания	6	4,3	1	0,4	7,724	0,005	11,194

*в выборке участников боевых действий в ряде случаев устанавливался двойной диагноз, в выборке ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий у одного пациента был установлен диагноз «психически здоров».

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Суммарно все диагностированные расстройства из группы связанных со стрессом и невротических нарушений в обеих когортах не имели значимых различий. Высокая частота диагноза ПТСР показывает доминирование в клинической картине психических нарушений в ближайшее время месяцы после войны симптомов, отражающих их связь с травматическим стрессом.

В выборке недавних участников боевых действий в семь раз чаще ставился диагноз аффективного расстройства (/F3/), что объясняется довольно тяжелым течением депрессивных нарушений, ассоциированных с травматическим стрессом, и их явным преобладанием над симптомами невротического круга.

В когорте участников боевых действий в 2,7 раза чаще диагностировались /F2/ шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства ($p < 0,001$; OR = 3,093). В основном отличия касались частоты диагностики острых и преходящих психотических расстройств и шизотипического расстройства. Высокая частота диагностики психозов у участников боевых действий, которые в среднем были моложе когорты ветеранов прошлых военных конфликтов и проходили военную службу менее продолжительный период, в связи с чем ожидаемый риск

выявления у них психозов должен был быть меньше, косвенно указывает на недостатки медицинского отбора на военную службу.

Алкогольная зависимость, напротив, у недавних участников боевых действий диагностировалась в 2,7 раза реже, чем у ветеранов, давно принимавших участие в военных конфликтах. Оптимистично думать, что на это повлияла ставшая более благополучной ситуация с потреблением алкоголя в российском обществе, а также вероятно то, что в когорте относительно молодых зависимость от алкоголя не успевала развиваться.

Частота диагностики органических психических расстройств в связи с травмой головного мозга и других органических психических расстройств не имела значимых различий в обеих выборках. Невысокая частота диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга у участников боевых действий объясняется несколькими обстоятельствами: 1) участники боевых действий подвергаются действию комплекса патогенных факторов боевой обстановки, которые включают экстремальные эмоциональные переживания; длительные и интенсивные психические и физические нагрузки, влияния травм, ранений и заболеваний; 2) ближайшие психопатологические последствия легкой и умеренной травмы головного мозга проявляются, в основном, церебрастенией, эмоциональной неустойчивостью и повышенной чувствительностью к неблагоприятным факторам, в том числе психогениям; 3) более специфичные когнитивные нарушения в ближайшем периоде после черепно-мозговой травмы не всегда успевают проявиться; 4) применяющиеся в современных боевых действиях средства поражения повлекли значительный рост числа контузий, но при этом по разным причинам затруднена и ограничена их объективная регистрация в медицинском анамнезе военнослужащего. Все это затрудняет у участников и ветеранов боевых действий дифференциальный диагноз всех психических расстройств непсихотического регистра, которые чаще всего у участника выступают в сложных сочетаниях.

В целом симптоматика ПТСР, все основные диагностические признаки ПТСР (интрузия, избегание, ожидание опасности) и их полное сочетание у участников боевых действий отмечались значительно чаще, чем у ветеранов давно прошедших военных конфликтов (Таблица 3.8.2 и рисунок 3.5.). Это вполне может быть объяснено недавним и экстремально мощным воздействием боевых стресс-факторов.

Повышенная возбудимость в сравниваемых выборках встречается примерно с равной частотой, так как она является признаком не только стрессовых, но и других невротических и, особенно, органических психических расстройств. Нечастое обнаружение изменений личности связано, скорее всего, с тем, что для их проявления требуется более продолжительное время и столкновение с трудными обстоятельствами уже мирной жизни.

Таблица 3.8.2. Разница частоты симптомов стрессовых расстройств у недавних участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде (таблицы сопряженности).

Симптомы стрессовых расстройств	Участники боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР	102	72,9	132	52,6	15,363	< 0,001	2,420
Интрузия	101	72,1	53	21,1	98,020	< 0,001	9,675
Избегание	52	37,1	28	11,2	37,295	< 0,001	4,706
Ожидание опасности	80	57,1	13	5,2	133,868	< 0,001	24,410
Возбудимость	75	53,6	109	43,4	3,713	0,054	1,503
Эмоциональное онемение	22	15,7	9	3,6	18,111	< 0,001	5,013
Изменения личности	31	22,1	74	29,5	2,464	0,116	0,680
Интрузия, избегание и ожидание опасности	48	34,3	5	2,0	79,987	< 0,001	25,670

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Среди других, считающихся сопутствующими, психических нарушений у участников боевых действий значимо чаще фиксировались многие симптомы невротического и эмоционального регистров, расстройства круга шизофрении, но реже – проявления органических психических расстройств и признаки алкогольной зависимости (Таблица 3.8.3, рисунки 3.6 и 3.7. в Приложении к главе 3).

Таблица 3.8.3. Разница частоты психопатологических симптомов у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

Психопатологические симптомы	Участники боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Астеническая симптоматика</i>	46	32,9	175	69,7	49,698	< 0,001	0,213
Тревога	106	75,7	79	31,5	70,562	< 0,001	7,788
Депрессия	72	51,4	128	51,0	0,007	0,935	1,017
Дисфория	25	17,9	21	8,4	7,798	0,005	2,381
Тяжелая депрессия	26	18,6	11	4,4	21,119	< 0,001	4,976
<i>Ипохондрия</i>	3	2,1	39	15,5	16,819	< 0,001	0,119
Демонстративная манера жалоб	43	30,7	19	7,6	36,082	< 0,001	5,413
Диссоциативные симптомы	19	13,6	9	3,6	13,480	< 0,001	4,222
Соматоформные симптомы	23	16,4	24	9,6	4,007	0,045	1,859
<i>Эпи-припадки</i>	1	0,7	21	8,4	9,911	0,002	0,079
<i>Ослабление памяти</i>	16	11,4	79	31,5	19,634	< 0,001	0,281
<i>Инертность мышления</i>	30	21,4	97	38,6	12,147	< 0,001	0,433
<i>Алкогольная зависимость</i>	21	15,0	103	41,0	28,131	< 0,001	0,254
Шизофрения и др. психозы	23	16,4	15	6,0	11,191	< 0,001	3,093
Агрессивность	39	27,9	25	10,0	21,029	< 0,001	3,491
Суицидальные попытки	11	7,9	5	2,0	7,877	0,005	4,195

В частности, среди невротических чаще выявлялись диссоциативные, соматоформные симптомы и демонстративное поведение, но реже ипохондрия, а среди эмоциональных нарушений – чаще отмечалась тревога, дисфория и депрессия с идеаторной и двигательной заторможенностью. Также в выборке участников боевых действий чаще случались суицидальные попытки и агрессивные действия. Значительно реже у участников боевых действий отмечались клинические признаки органической психической патологии – ослабление памяти, инертность психических процессов, эпилептические припадки, а также астеническая симптоматика, которая также является обычным проявлением психопатологических последствий ЧМТ.

В анамнезе участников боевых действий чаще, чем у ветеранов в отдаленном периоде после войны, прослеживались такие неблагоприятные факторы военного времени, как непосредственное участие в боях, контузии и ранения, случаи медицинской эвакуации из зоны боевых действий (Таблица 3.8.4).

Таблица 3.8.4. Разница частоты боевых и небоевых патогенных факторов у участников и у ветеранов боевых действий

Стресс-факторы	Участники боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Неблагоприятные факторы военного времени							
Участие в боях	108	77,1	132	52,6	22,856	< 0,001	3,043
Травмы головы (контузии)	98	70,0	106	42,2	27,773	< 0,001	3,192
Ранение	68	48,6	47	18,7	38,561	< 0,001	4,099
Увечье	8	5,7	15	6,0	0,011	0,916	0,954
Вражеский плен	2	1,4	4	1,6	0,016	0,899	0,895
РБС на фронте	32	22,9	40	15,9	2,865	0,091	1,563
Госпитализация из зоны боевых действий	86	61,4	102	40,6	15,563	< 0,001	2,326
Алкоголизация на фронте	15	10,7	26	10,4	0,012	0,912	1,038
Неблагоприятные факторы мирного времени							
Наследственная отягощенность	20	14,3	14	5,6	8,584	0,003	0,147
Психическое расстройство до войны	66	47,1	1	0,4	138,299	< 0,001	222,973
Злоупотребление алкоголем до войны	28	20,0	15	6,0	18,058	< 0,001	3,933
ЧМТ в мирное время	27	19,3	35	13,9	1,922	0,166	1,475
Психотравмы мирного времени	8	5,7	79	31,5	34,472	< 0,001	0,132
Судимость	17	12,1	1	0,4	28,227	< 0,001	34,553

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов.

Также в анамнезе участников боевых действий чаще имелись сведения о многих факторах, не связанных с войной – психопатологическая наследственность, имевшиеся до

войны психические расстройства и злоупотребление алкоголем, психотравмирующие ситуации мирного времени, наличие в прошлом судимости. Иначе говоря анамнез участников боевых действий в среднем характеризовался исключительно частым влиянием разрушительных факторов боевой обстановки, а кроме того в довоенном анамнезе многих из них имелись неблагоприятные предпосылки возникновения психических расстройств.

Глава 4. ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

В данной главе представлены психопатологическая структура, клинико-психопатологическая характеристика психических расстройств и их связь с патогенными факторами у ветеранов, принимавших участие в боевых действиях в составе Ограниченного контингента советских войск в Афганистане (1979-1989 гг.), в период наведения конституционного порядка на территории Чеченской Республики (1994-1997 гг.), Контртеррористической операции на Северном Кавказе (1999-2007 гг.) и других вооруженных конфликтах в период с 1991 по 2007 год. Все эти ветераны получали лечение в психиатрических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко с 1992 по 2010 год по истечении, по меньшей мере, 6 месяцев после прекращения действия на них боевых стресс факторов.

4.1. Общая характеристика психических расстройств в отдаленном периоде после боевых действий

У обследованных ветеранов наиболее часто диагностировались органические психические расстройства – у 99 человек (39,4% выборки). Среди них основную часть составили больные с органическими психическими расстройствами вследствие травмы головного мозга – 80 человек (31,9%). У 36 (14,3% всей выборки или у 45% больных с последствиями травмы головы) доминировали симптомокомплексы астенических, неврозоподобных и эмоциональных (депрессивных или тревожных) нарушений. Поэтому в диагнозе у них были указаны астенический, неврозоподобный, ипохондрический, тревожно-депрессивный или депрессивный синдром. Проявления аффективной неустойчивости или психопатоподобные отклонения выступали на первый план у 11 человек (4,4% всех обследованных или 13,8% больных с последствиями травмы головы). Психоорганический синдром и слабоумие были выявлены всего у 14 человек (5,6% всех обследованных или 17,5% пациентов с последствиями ЧМТ). У троих были диагностированы органические психотические расстройства, а всего на протяжении развития болезни бредовые психотические состояния перенесли 4 пациента (5% больных с последствиями травмы головы), делириозный эпизод – 4 больных с диагностическим органическим психическим расстройством в связи с травмой головного мозга (5%). Типичные для стрессовых расстройств симптомы интрузии у страдающих органическими психическими расстройствами вследствие травмы головы

отмечались в 15 (18,8% пациентов с последствиями ЧМТ) случаях, а феномен избегания у 7 человек (8,8%). Проявления повышенной возбудимости отмечались у 45 ветеранов с диагностированными органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга (56,3%).

В целом частота диагностики психотических, аффективных, аддиктивных расстройств и расстройств личности в сравниваемых выборках не имела статистически значимых различий, что наглядно представлено в таблице 4.1.1. и на рисунке 4.1 приложения к главе 4.

Таблица 4.1.1. Диагностированные психические расстройства у ветеранов локальных вооруженных конфликтов и в группе сравнения (у военнослужащих, не имевших боевого опыта), получавших лечение в психиатрических отделениях военного госпиталя

Диагноз	Ветераны боевых действий (n = 251)		Группа сравнения (n = 125)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ПТСР	14	5,6	0	0	7,242	0,007	-
Органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга	80	31,9	15	12,0	17,452	< 0,001	3,431
Органические психические расстройства в связи с другими заболеваниями	19	7,6	6	4,8	1,031	0,310	1,624
<i>Невротические расстройства</i>	51	20,3	46	36,8	11,841	< 0,001	0,438
Расстройства личности	6	2,4	3	2,4	0,000	0,995	0,996
Эмоциональные (аффективные) расстройства	8	3,2	7	5,6	2,114	0,146	0,481
Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	17	6,8	12	9,6	0,937	0,333	0,684
Зависимость от алкоголя	56	22,3	36	28,8	2,282	0,123	0,683

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Органическая психическая патология иной этиологии (не связанная с травмой головы) была диагностирована у 19 человек (7,6% всех обследованных ветеранов). Из них у 9 человек (47,4%) преобладали симптомокомплексы астенических, невротоподобных и эмоциональных (депрессивных или тревожных) нарушений, у одного – психопатоподобная симптоматика.

Чаще отмечалась тяжелая органическая психическая патология: у 8 (42,1%) – на первый план выступали интеллектуально-мнестические нарушения различной тяжести, в том числе у двоих (10,5%) имели место признаки амнестического синдрома или деменции. Психоорганический синдром и деменция в данной группе отмечались в 2,4 раза чаще, чем среди ветеранов с последствиями ЧМТ ($p = 0,020$). Симптомы интрузии и избегания у пациентов с органическими психическими расстройствами, не связанными с травмой головного мозга, отмечались в 3 (15,8%) и 2 (10,5%) случаях, повышенная возбудимость – у 7 (36,8%). Частота симптомов-признаков ПТСР не показала различий в группах пациентов с

органическими психическими расстройствами, связанными с травмой головного мозга, и с другими органическими психическими расстройствами.

Второе место по распространенности заняли невротические и связанные со стрессом психические расстройства. Ими страдали 65 (25,9%) ветеранов, которые поступили в госпиталь в отдаленном периоде после окончания участия в боевых действиях. Среди них всего 14 (5,6%) поставили диагноз ПТСР. В таких случаях в различных комбинациях имели место симптомы интрузии (у 12 человек, 85,7%), избегания (у 8 человек, 57,1%) и повышенной возбудимости (у 12 человек, 85,7%), а также характерные изменения личности (в 11 случаях, 78,6%). У половины пациентов с диагнозом ПТСР наблюдалась депрессивная симптоматика умеренной тяжести и без выраженной заторможенности. Астения отмечалась у 11 (78,6%) больных с диагнозом ПТСР. Среди них в отдельных случаях обнаруживалось демонстративное поведение – у 2 больных (14,3%), диссоциативные расстройства – у 1 больного (7,1%), соматоформные нарушения – у 1 (7,1%). Двое ветеранов с диагнозом ПТСР (14,3%) также предъявляли жалобы и обнаруживали при патопсихологическом исследовании ослабление памяти, у 5 (35,7%) описывалась инертность (вязкость, обстоятельность) мышления. У половины ветеранов с диагностированным ПТСР отмечались «проблемы» с алкоголем: у 4 (28,6%) выявлены признаки алкогольной зависимости и еще 3 человека (21,4%) злоупотребляли алкоголем без несомненных признаков сформировавшейся зависимости. Диагноз ПТСР устанавливался, когда в содержании болезненных переживаний отчетливо звучала тема травматического военного опыта, а повторяющиеся навязчивые переживания, попытки избежать их, а также повышенная реактивность были резко выражены и доминировали над другими симптомами невротического или эмоционального регистров.

У 51 обследованного был установлен диагноз «невротического расстройства», в формулировке которого чаще всего, в 36 случаях (70,6%), указывалось наличие астено-невротических, депрессивных и тревожно-депрессивных нарушений. Другие, более специфические невротические синдромы (обсессивно-компульсивный, фобический, соматоформные, диссоциативные, ипохондрический) в диагноз выносились значительно реже – у 15 человек (29,4%). Симптомы интрузии и избегания, свойственные диагностической рубрике ПТСР, у больных с диагностированными «неврозами» отмечались в 18 (35,3%) и 6 (11,8%) случаях, т.е. в 2,4 и в 4,8 раза реже, чем у ветеранов с диагнозом ПТСР ($p < 0,001$). Признаки повышенной возбудимости, в форме раздражительной слабости, имели место всего у 21 пациентов (41,2%), что в 2 раза реже, чем в случаях диагностированного ПТСР ($p = 0,005$). Связанные с боевым стрессом изменения характера в рамках легкой или умеренной акцентуации – у 21 (41,2%), что в 1,9 раза реже, чем при диагностированном ПТСР ($p = 0,013$).

Это показывает, что диагноз «невротического расстройства» устанавливается, когда у ветерана в картине болезненного состояния преобладают легкие или умеренные депрессивные, различные по тяжести тревожные, фобические, астенические нарушения, тревожно-ипохондрические, соматоформные нарушения, тогда как тема военных действий в переживаниях или не звучит вовсе, или симптомы ПТСР (критерии К. Ясперса) имеют «подпороговый» и подчиненный по отношению к ведущим невротическим синдромам характер, непостоянны и их временное усиление или проявление связано с внешними провоцирующими обстоятельствами.

На третьем месте по частоте диагностики оказалась зависимость от алкоголя – её доля составила 22,3% выборки (56 ветеранов). Причем у 54 человек (21,5% всех обследованных) диагностировалась алкогольная зависимость, и всего у двух ветеранов был так называемый двойной диагноз – сочетание алкоголизма и зависимости от других психоактивных веществ. Среди пациентов с алкогольной зависимостью 7 человек (12,5% больных алкоголизмом) переносили делирий и 4 (7,1%) – другие психотические расстройства, у 3 (5,4%) имелись признаки деменции. У больных с диагностированной алкогольной зависимостью наиболее специфичные симптомы-критерии диагностики ПТСР (интрузия и избегание) встречались в виде исключения: у 2 человек (3,6%) – явления интрузии, у 3 (5,4%) – избегание обстоятельств, ассоциированных с травматическими событиями. У 12 больных (21,4%) отмечалась повышенная возбудимость.

Все остальные психические расстройства встречались значительно реже. Так, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства диагностированы у 17 человек, т.е. 6,8% всех ветеранов, получавших лечение в психиатрическом стационаре. Из них у шизофрения диагностирована у 11, шизоаффективное расстройство – у 2, шизотипическое расстройство – у одного, впервые развившийся психоз – у одного пациента. В группе психотических расстройств облигатные симптомы ПТСР встречались лишь в единичных случаях.

Расстройства настроения (аффективные расстройства) диагностированы у 8 больных (3,2% данной выборки), из них у 6 – депрессивный эпизод, у двоих – биполярное аффективное расстройство. При этом у 3 человек (37,5%) отмечались симптомы интрузии, у 1 (12,4%) – симптомы избегания, у 3 (37,5%) – проявления повышенной возбудимости.

У 6 (2,4%) были выявлены расстройства личности и поведения. Из них у 5 человек отмечались тяжелые и дезадаптирующие проявления эмоциональной неустойчивости и умеренно влияющие на социальное функционирование комбатантные изменения личности, тогда как феномены интрузии и избегания не обнаруживались вовсе.

Всего облигатные симптомы ПТСР в разных сочетаниях зафиксированы у 132 (52,6%) ветеранов, которые в отсроченном периоде поступали на лечение в психиатрические отделения военного госпиталя: интрузия – у 53 человек (21,1%), избегание – у 28 (11,2%), ожидание опасности – у 13 (5,2%), повышенная возбудимость – у 109 ветеранов (43,4%), наличие интрузии или избегания – у 61 (24,3%), изменения личности – у 74 (29,5%) данной выборки (таблица 4.1.2.).

Таблица 4.1.2. Психопатологическая симптоматика в выборке ветеранов локальных вооруженных конфликтов и в группе сравнения (у военнослужащих, не имевших боевого опыта), получавших лечение в психиатрических отделениях военного госпиталя

Симптомы	Ветераны боевых действий (n = 251)		Группа сравнения (n = 125)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ПТСР симптомы	132	52,6	1	0,8	97,904	< 0,001	137,546
Интрузия	53	21,1	1	0,8	28,001	< 0,001	33,192
Избегание	28	11,2	0	0,0	15,066	< 0,001	-
Ожидание опасности	13	5,2	0	0,0	6,706	0,010	-
Возбудимость	109	43,4	67	53,6	3,469	0,063	0,664
Изменения личности	74	29,5	1	0,8	42,990	< 0,001	51,842
Астения	175	69,7	81	64,8	0,930	0,335	1,251
Панические приступы	16	6,4	8	6,4	0,000	0,992	0,996
Ипохондрия	39	15,5	20	16,0	0,013	0,908	0,966
Демонстративное поведение	19	7,6	4	3,2	2,774	0,096	2,477
Диссоциативные симптомы	9	3,6	0	0,0	4,592	0,032	-
Соматоформные симптомы	24	9,6	16	12,8	0,920	0,337	0,720
Тревога	79	31,5	47	37,6	1,405	0,236	0,762
Депрессия	128	51,0	77	61,6	3,784	0,052	0,649
Дисфория	21	8,4	6	4,8	1,592	0,207	1,811
Заторможенность	11	4,4	8	6,4	0,708	0,400	0,670
Эпилептические припадки	21	8,4	7	5,6	0,927	0,336	1,539
Ослабление памяти	79	31,5	22	17,6	8,176	0,004	2,150
Инертность мышления	97	38,6	29	23,2	8,934	0,003	2,085
Зависимость и злоупотребление алкоголем	133	53,0	62	49,6	0,384	0,536	1,145
Алкогольная зависимость	103	41,0	44	35,2	1,194	0,275	1,281
Злоупотребление алкоголем	30	12,0	18	14,4	0,449	0,503	0,807
СОЧ	1	0,4	3	2,4	3,176	0,075	0,163
Суицидальные мысли	13	5,2	6	4,8	0,025	0,874	1,083
Суицидальные угрозы и демонстрации	1	0,4	5	4,0	6,893	0,009	0,096
Суицидальные попытки	5	2,0	2	1,6	0,070	0,791	1,250
Агрессивность	25	10,0	10	8,0	0,380	0,538	1,272

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Сравнение состава и частоты диагностированных психических расстройств в выборке ветеранов боевых действий и в эквивалентной по возрасту группе военнослужащих, которые не

имели боевого опыта, показывает, что ветераны отличались случаями диагностированного ПТСР (F43.1), чаще имели диагноз органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга (F06x0), а также им реже выставлялся диагноз невротического расстройства (F40-42.9; F43.2-48.9).

По понятным причинам, примерно у каждого пятого ветерана обнаруживались симптомы-признаки ПТСР – интрузия и избегание. В группе сравнения симптомы ПТСР были выявлены всего в одном случае у пациента, пережившего травмирующий стресс – авткатастрофу, в которой погибла его семья. Симптомы эмоциональной неустойчивости или возбудимости чаще, но не достигая статистически значимых различий, отмечались в группе сравнения. Дело в том, что повышенная возбудимость (эмоциональная неустойчивость), описанная в рамках ПТСР, у ветеранов войн возникает не только в связи с повторными переживаниями травматического опыта. Она проявляется в самых разных ситуациях и включает широкий спектр эмоциональных реакций от раздражительной слабости, присущей многим невротическим расстройствам, до грубых эксплозивных вспышек, которые типичны для органической психической патологии или расстройства личности. Порой эмоциональные реакции у одного и того же ветерана проявляются с разной силой, в разных клинических вариантах и с разной силой. Так как в группе сравнения отмечались в целом те же психические расстройства, явления эмоциональной неустойчивости отмечались также часто. Изменения личности выявлялись почти у трети ветеранов. Они сами по себе, вне связи с аффективной неустойчивостью, умеренно влияли на поведение и способность к адаптации ветеранов, то есть не выходили за рамки послевоенной (комбатантной) акцентуации [Шамрей В.К. и др., 2020].

Среди психических нарушений невротического регистра значимые различия обнаружили диссоциативные симптомы, которые у ветеранов отмечались всего в 3,6% случаев, однако в группе сравнения пациентов с этими нарушениями не оказалось. Напротив, у ветеранов зарегистрировано меньше случаев депрессии при том, что умеренной и тяжелой степени депрессия с явлениями заторможенности в обеих когортах встречалась с одинаковой частотой. В выборке ветеранов значительно чаще выявлялись когнитивные нарушения, например, ослабление памяти и инертность мышления.

Нарушения поведения, такие как самовольное оставление части, проявление агрессии, суицидальные тенденции, в обеих выборках примерно с одинаковой частотой. Значимые различия были обнаружены лишь в отношении суицидальных угроз и демонстративных действий – они в обеих выборках отмечались очень редко, но в группе ветеранов реже, чем в группе сравнения.

Анализ выявленных в анамнезе обстоятельств, которые могут влиять на риск развития психических расстройств, показывает, что в группах ветеранов боевых действий и других военнослужащих сходного возраста имеются различия, представленные в таблице 4.1.3.

Разумеется, группа ветеранов отличалась наличием неблагоприятных факторов боевой обстановки. Среди прослеживавшихся в анамнезе предрасполагающих обстоятельств мирного времени ни один не показал значимых различий в сравниваемых выборках.

Таблица 4.1.3. Неблагоприятные факторы в анамнезе ветеранов боевых действий и в группе сравнения (у военнослужащих, не имевших боевого опыта), получавших лечение в психиатрических отделениях военного госпиталя

Диагноз	Ветераны боевых действий (n = 251)		Группа сравнения (n = 125)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях	132	52,6	0	0,0	101,300	< 0,001	-
Ранение	47	18,7	0	0,0	26,750	< 0,001	-
Контузии	106	42,2	0	0,0	73,513	< 0,001	-
Пребывание в плену	4	1,6	0	0,0	2,013	0,156	-
Увечье	15	6,0	0	0,0	7,781	0,005	-
РБС в анамнезе	40	15,9	0	0,0	22,292	< 0,001	-
Эвакуация с передовой	102	40,6	0	0,0	69,707	< 0,001	-
Факторы мирного времени							
ЧМТ в мирное время	35	13,9	30	24,0	5,901	0,015	0,513
Психотравмирующие ситуации мирного времени	79	31,5	49	39,2	2,218	0,136	0,712
Судимость	1	0,4	2	1,6	1,522	0,217	0,246
Наследственная отягощенность	14	5,6	9	7,2	0,382	0,536	0,761

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ вероятности постановки диагноза ПТСР в зависимости от имеющихся в анамнезе у ветеранов боевых действий различных факторов риска мирного и военного времени не выявил среди них надежных предпосылок диагностики ($R^2 = 0,407$, $\chi^2 = 4,736$, $p = 0,692$; 94,0%).

Анализ вероятности выявления симптомов ПТСР при наличии в анамнезе у ветеранов различных факторов риска мирного и военного времени показал, что симптомы ПТСР чаще обнаруживаются, когда ветеран участвовал в боях ($W = 4,375$; $p = 0,036$; $OR = 2,063$), а также, если у него имели место психотравмирующие ситуации мирного времени ($W = 7,407$; $p = 0,006$; $OR = 2,301$). При этом модель множественной логистической регрессии относительно устойчива и позволяет строить прогноз лишь на 61% ($R^2 = 0,390$, $\chi^2 = 10,627$, $p = 0,224$; Общая процентная доля = 61,0%).

4.2. Посттравматическое стрессовое расстройство и его симптомы при других психических нарушениях

Главным отличием психической патологии у ветеранов локальных войн, проходивших лечение в военном госпитале, от военнослужащих кадра и запаса, которые не принимали участие в боевых действиях, были симптомы, характерные для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Причем они оказались выраженными не только у пациентов с диагностированным ПТСР, но и у ветеранов, которые имели другие психиатрические диагнозы. В данной главе будет представлена развернутая клинико-психопатологическая характеристика стрессовых симптомов у всех обследованных ветеранов локальных войн, и сначала – у ветеранов с установленным диагнозом ПТСР.

4.2.1. Симптоматика посттравматического стрессового расстройства

ПТСР представляет собой наиболее часто диагностируемое психическое расстройство у американских ветеранов, которые возвращаются из зон боевых действий и выполнения миротворческих миссий. Заболеваемость им, по разным данным, составляет от 2,2 до 17,1% ветеранов, а риск заболеть им в течение жизни колеблется между 6 и 31%. Эти показатели превышают данные о распространенности ПТСР среди мирного населения США в 2-4 раза. У английских ветеранов боевых действий в Ираке болезненность ПТСР ниже, и находится в интервале от 3 до 6% [Richardson L.K. et al., 2010; Milliken C.S. et al., 2007]. К сожалению, данными об относительной частоте диагностики постстрессовых расстройств у российских ветеранов локальных войн и вооруженных конфликтов мы не располагаем. Обычно получающие психиатрическую помощь российские ветераны имеют иные психиатрические диагнозы, и если ПТСР у них на самом деле диагностируется – происходит это лишь в случае обращения к врачу психиатру и наличии при этом выраженных, выступающих на первый план в клинической картине характерных симптомов стрессовых расстройств. Именно такое положение дел мы имеем и в изученной группе ветеранов, которые получали лечение в психиатрических отделениях ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко.

ПТСР было диагностировано всего у 14 ветеранов (5,3%), проходивших лечение в психиатрических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. В группах сравнения из числа военнослужащих, которые не принимали участия в боевых действиях, ПТСР не было диагностировано ни разу (таблица 4.2.2.). По этой причине не было возможности провести сравнения у военнослужащих особенностей психопатологии и клиники боевого ПТСР и ПТСР, связанного с травмирующими факторами мирного времени.

Таблица 4.2.2. Симптомы диагностических кластеров посттравматического стрессового расстройства у ветеранов с диагнозом ПТСР и у ветеранов с другими диагностированными психическими расстройствами

Симптомы стрессовых расстройств	Ветераны с диагнозом ПТСР (n = 14)		Ветераны с другими диагнозами (n = 237)		Ветераны с другими диагнозами и с-ми ПТСР (n=118)		Все Ветераны (n = 251)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I. Интрузия. Симптомы повторного переживания травмы (МКБ-10) или кластера «В» - интрузии (DSM-V)	12	85,7	41	17,3	41	34,8	53	21,1
Навязчивые воспоминания	11	78,6	28	11,8	28	23,7	39	15,5
Повторные переживания «наяву» травмирующих событий («флэшбэк»)	1	7,1	5	2,1	5	4,2	6	2,4
Психический дистресс при напоминании военных событий	7	50,0	17	7,2	17	14,4	24	9,6
Повторяющиеся сновидения	9	64,3	30	12,7	30	25,4	39	15,5
II. Избегание. Симптомы избегания (МКБ-10) или диагностического кластера «С» - «избегание раздражителей, связанных с травмой» (DSM-V)	8	57,1	20	8,4	20	17,0	28	11,2
Избегание воспоминания и мыслей	4	28,6	11	4,6	11	9,3	15	6,0
Избегание ситуаций, напоминающих о травме	7	50,0	13	5,5	13	11,0	20	8,0
III. Возбудимость. Симптомы раздражительности и агрессивности (МКБ-10), «симптомы повышенной возбудимости» (DSM-IV) или «раздражительное поведение и вспышки гнева» диагностического кластера «Е» (DSM-V)	12	85,7	97	40,9	97	82,2	109	43,4
Раздражительность и раздражительная слабость	4	28,6	53	22,4	53	44,9	57	22,7
Аффективная неустойчивость (эксплозивность)	8	57,1	44	18,6	44	37,3	52	20,7
Гиперреактивность с агрессивным поведением	3	21,4	19	8,0	19	16,1	22	8,8
IV. Ожидание опасности. Повышенная бдительность и усиление реакции испуга (DSM-IV, DSM-V)	6	42,9	7	3,0	7	5,9	13	5,2
Ожидание опасности	6	42,9	7	3,0	7	5,9	13	5,2
Усиленная реакция испуга	4	28,6	4	1,7	4	3,4	8	3,2
V. Психогенная амнезия. Неспособность восстановить в памяти важные аспекты перенесенной травмы (DSM-IV, DSM-V)	2	14,3	3	1,3	3	2,5	5	2,0
Затруднение воспроизведения травмирующих событий боевой обстановки	2	14,3	2	0,8	2	1,7	4	1,6
Признаки психогенной амнезии	—	—	1	0,4	1	0,8	1	0,4
VI. Изменения личности. Стойкие психические особенности из кластера «С» DSM-IV и кластера «D» DSM-V, а также другие изменения личности	11	78,6	63	26,6	63	53,4	74	29,5

Наиболее часто выявляемыми признаками стрессового расстройства у пациентов с диагнозом ПТСР оказались симптомы 1-го феноменологической группы (повторного переживания психической травмы, интрузии или вторжения). Они отмечались у 12 из 14 ветеранов с данным диагнозом (85,7%) (таблица 4.2.2.).

Для сравнения, у остальных ветеранов симптомы повторного переживания травмы отмечались в 41 случае, что составляло 17,3% от 237 ветеранов, имевших другие диагнозы ($p < 0,001$), и 34,7% от 118 ветеранов, у которых выявлялись симптомы стрессовых расстройств, но ставился другой диагноз ($p < 0,001$). Всего же симптомы 1-й группы имели место у 53 обследованных ветеранов (21,1%).

Симптомы вторжения представляли собой разнообразные проявления непроизвольного, нежеланного пациенту и неуместного для текущих обстоятельств или чрезмерного по эмоциональной интенсивности или образности воспроизведения в памяти неприятных событий военного времени. Обычно у одного и того же пациента отмечались разные болезненные переживания такого рода: непроизвольные воспоминания под влиянием внешних обстоятельств, косвенно напоминающих о войне; яркие и тягостные воспоминания при непосредственном напоминании о войне; повторные «как наяву» переживания событий, сопровождающиеся сильными эмоциональными, вегетативными проявлениями и изредка даже приобретенными на войне двигательными стереотипами; повторяющиеся сновидения военной тематики. Чаще всего ветераны с диагнозом ПТСР предъявляли жалобы на повторяющиеся непроизвольные воспоминания о событиях войны – о них говорили 11 пациентов этой группы (78,6%). У ветеранов с другими диагнозами повторяющиеся воспоминания о войне отмечались только в 30 случаях (12% всех ветеранов с другими диагнозами и 24% ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств) (рисунок 4.2. Приложения к главе 4).

Воспоминания о самых неприятных и ужасных событиях войны внезапно всплывали в воображении пациента, отвлекали его от актуальных дел, когда он просматривал новости с военными событиями, встречался с сослуживцами, когда думал или говорил о каких-то нюансах военной службы и исполнении служебных обязанностей. Вызвать в памяти неприятные или мучительные руминации могло все, что хоть как-то, даже косвенно, имело связь с военной службой и с пережитым на войне. Подчас внезапные громкие звуки или крики вызывали реактивные образно-мнестические комплексы, имевшие сильное эмоциональное сопровождение. Бывало и так, что ветераны не могли сказать, по какой причине на них «нахлынули» тягостные воспоминания.

Обычно непроизвольные реминисценции причиняли страдания лишь первые месяцы, изредка пару лет после войны. Затем их частота уменьшалась, яркость и эмоциональная

насыщенность угасали. Спустя время эти воспоминания уже не были такими актуальными, не оказывали столь сильного дезорганизующего влияния на текущее содержание сознания. Пациенты сами речи о них не заводили, среди своих болезненных проявлений на первый план выносили другие жалобы, и рассказывали о непроизвольных воспоминаниях, только когда врачи активно их расспрашивали.

Яркие, образные и, порой, отрывочные воспоминания о стрессовом или травмирующем событии, не вписанные в привычные логические схемы и лингвистические нарративы с понятными причинными связями, представляют собой естественные следы имевшихся в прошлом сильных, жизненно важных впечатлений, которые не согласуются с полученным ранее опытом [Brewin C.R., 2001]. Перцепция-апперцепция в таких случаях выполняют свою предохранительную, предупредительную функцию. На основании восприятия малых и косвенных признаков она дает сигнал о возможной опасности для индивида прежде, чем он в полной мере ее осмыслит. Однако воспоминания о травме могут не укладываться в образовавшиеся ранее индивидуальные познавательные схемы [Weber D.L., 2008; Halligan S.L. et al., 2002]. В персональном багаже индивида может быть слишком мало опыта для сравнения, что мешает понимать и верно оценивать психическую травму. Из-за интенсивности пережитых эмоций, внезапности травмы и отсутствия опыта ее переживания может возникнуть недостаток в построении пространственно-временной последовательности воспоминаний, активизироваться механизмы диссоциации с фрагментацией воспоминаний [Halligan S.L. et al., 2003]. Кажущаяся уязвимость может провоцировать чрезмерное возбуждение с включением немедленного ответа на угрозу [Riskind J.H., 1997]. С позиции мнемонической модели ПТСР [Rubin D.C. et al., 2008], особенности повторного переживания травмирующего события определяются не только и не столько самим событием, сколько взаимодействием события и факторов, влияющих на его переживание, восприятие и последующую обработку – кодирование, удержание, воспроизведение. К таким факторам относятся: пол, личностные особенности, образование, интеллект, социально-экономический статус, социальная поддержка, семейная или персональная история психических расстройств и, главное, накопленный жизненный опыт и военно-профессиональная подготовка. В результате, разные люди в разные моменты своей жизни могут по-разному и воспринимать, и заново переживать психическую травму. Феноменологически непроизвольные воспоминания переживаются индивидом, как болезненные, а окружающими, как патологические, в двух случаях: 1) при чрезмерной негативной эмоциональной насыщенности, бурном вегетативном сопровождении и запуске приобретенных в условиях стресса двигательных стереотипов; 2) в связи с их текущей ненужностью, когда происходит отвлечение внимания индивида от решения актуальных

задач и длительная концентрация на веренице всплывающих и пережевываемых ненужных в данный момент представлений (руминаций). Причем такие особенности этой умственной жвачки, как навязчивое ее возобновление, повторяющиеся вопросы, наподобие «почему?» или «что если бы?», вместе с вызванными ими негативными эмоциями имеют немаловажное значение в психопатологии ПТСР [Michael T. et al., 2007]. Таким образом, непроизвольные воспоминания становятся болезненными проявлениями в случае их неадекватности реальной ситуации, при продолжительном и ненужном в данный момент погружении в них, и когда вызывают «сильный дистресс». В остальном же странно думать, что человек, «подвергшийся реальной угрозе смерти, опасности или действительной тяжелой травме, насилию одним или более путями: пережив опыт или, став свидетелем травмирующего события, узнав, что травма случилась с близким родственником или другом, испытав повторное воздействие вызывающих отвращение деталей травмы» (DSM-V), должен или может не вспоминать о таком событии в обстоятельствах, которые об этом напоминают. В связи с этим хотелось бы заметить, что только 7 (50%) ветеранов с диагнозом ПТСР отмечали у себя сильное волнение, тревогу или другие проявления психического дистресса, возникающие в связи с непроизвольными воспоминаниями. Подобное сильное эмоциональное сопровождение непроизвольных воспоминаний отметили у себя всего 17 ветеранов с другими диагнозами (6,8% всех ветеранов с другими диагнозами и 13,6% ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств). Повторные переживания травматических событий иллюстрирует клинический пример 4.1. Приложения к главе 4.

Гораздо более очевидным представляется патологический характер близкого к непроизвольным воспоминаниям феномена повторного переживания травмирующего события. Этот симптом характеризуется тем, что индивид, будто наяву, заново переживает события военного прошлого – в его сознании настолько ярко предстают сцены боя, нападения врага, что они сопровождаются бурными эмоциями, вегетативными проявлениями, и, порой, вызывают непроизвольные приобретенные на войне двигательные стереотипы – попытки схватить оружие, укрыться, нанести удары противнику и т.п. В связи с тем, что эти переживания подчас настолько яркие, имеют такое сильное эмоциональное сопровождение и могут сопровождаться реальными автоматизированными действиями, направленными на устранение опасности, их следует рассматривать как квазипсихотические симптомы. Чаще всего флешбэк возникает после конфликтов и в состоянии алкогольного опьянения и у лиц, ранее перенесших травму головы. Такие переживания нами были отмечены только у одного обследованного из числа пациентов, имевших диагноз ПТСР (7,1%). Среди пациентов, не имевших диагноза ПТСР, подобные состояния возникали в 5 случаях (2% всех ветеранов с другими диагнозами и 4,0%

ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств), и всегда это были ветераны с органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга. Феноменология флешбэк показана в клиническом примере 4.2.

Повторяющиеся тягостные сновидения, содержательно связанные с травмой, у ветеранов с диагнозом ПТСР описывались у 9 человек (64,3%). Обычным сюжетом таких кошмаров были ужасающие видения растерзанных тел или собирание останков сослуживцев, внезапное чье-то нападение или надвигающаяся непонятная угроза, на которую нет возможности ответить – нет в руках оружия, не стреляет автомат. Обычной проблемой становились ночные пробуждения, сопровождающиеся чувством ужаса и вегетативными проявлениями. У пациентов с другими диагностированными психическими расстройствами кошмары военной тематики отмечались в 30 наблюдениях, что составило 12,7% от всех ветеранов без диагноза ПТСР и 25,4% ветеранов с другими диагностированными психическими расстройствами, которые имели симптомы ПТСР.

Описанное в клиническом примере 4.3. разнообразие симптомов отдельных диагностических кластеров оказалось обычным для ветеранов с диагностированным ПТСР. Подобная широта психопатологии стрессовых расстройств была одним из отличий этих больных от пациентов, у которых врачи считали преобладающими симптомы иных диагностических рубрик и поэтому диагностировали другие психические расстройства. Анализ вариантов и разнообразия симптомов повторного переживания (интрузии) у ветеранов с диагнозом ПТСР показал, что у представителей данной группы всего лишь один симптом не встречался ни разу, два симптома (например, непроизвольное воспроизведение и повторяющиеся сновидения) отмечался у 9 человек, три симптома – у 2 человек, четыре симптома – у 1 пациента. То есть, два и более варианта проявления кластера симптомов повторного переживания (интрузии) отмечалось у 12 ветеранов, что составило 85,5% всех имевших диагноз ПТСР. У ветеранов, которые страдали другими диагностированными психическими расстройствами, один симптом из числа признаков повторного переживания (интрузии) присутствовал у 15 человек, два симптома – у 20 человек, три симптома – у 8. Иначе говоря, две трети ветеранов с другими диагнозами, имевших феномены интрузии, обнаруживали более одного варианта признаков этого диагностического кластера. Среди всех ветеранов с диагнозами, отличными от ПТСР, множественные проявления интрузии составляли 25,4%.

Симптомы группы 2 («Избегание») во всех группах ветеранов отмечались намного реже, чем интрузия (Таблица 4.2.2.). Избегание выявлено у 8 ветеранов с диагностированным ПТСР (57,1%), а у остальных ветеранов, которые не имели диагноза ПТСР, всего в 20 случаях (8,4% всех ветеранов с другими диагнозами и 17% ветеранов с другими диагнозами и симптомами

стрессовых расстройств). Всего у обследованных ветеранов симптомы второго кластера обнаруживались в 11,2% случаев. Нечастное выявление признаков этого кластера отчасти объясняется их умеренным влиянием на поведение, редким предъявлением пациентами жалоб данного порядка, и отступлением этих симптомов на задний план по сравнению с симптомами повторного переживания или возбудимости, влияние которых на самочувствие, адаптацию и поведение пациентов раньше становится заметным для них самих и окружающих. По нашему мнению, симптомы избегания и онемения представляют собой своего рода вторичную негативную симптоматику ПТСР, а негативные симптомы в рамках любой психической патологии выражены в меньшей степени, при умеренном их проявлении с трудом обнаруживаются и реже однозначно верифицируются в качестве болезненных проявлений.

Итак, обследованные нами ветераны с диагностированным ПТСР чаще всего отмечали у себя такие признаки избегания, как невольное и сознательное уклонение от разговоров и мыслей на тему войны. В некоторых случаях ветераны прямо заявляли, что они «не хотят вспоминать», им «нечего обсуждать» с другими людьми; говорили, что с ними «ничего особенного не было», или что «это все равно не описать словами». Признавали, что им трудно обсуждать и рассказывать о войне людям, которые на ней не бывали. Чаще на практике симптом фактического избегания был замечен при расспросе пациента с целью выяснения профессионального анамнеза, но прямо пациентом не декларировался. Например, во время осмотра ветеран мог довольно подробно рассказать, где он учился и служил, и крайне скупой, парой слов обмолвиться о своем участии в войне, а на вопрос врача о возможном затруднении в пересказе своего боевого опыта спокойным тоном ответить примерно следующее: «Да я, в общем, все рассказал, а что еще добавить?». В такой эмоционально безучастной форме избегание чаще представлялось в случаях, когда после войны прошло много лет, на более поздних этапах и представляло собой уже застывший стереотип реагирования, который, похоже, неплохо защищает человека от напряженных эмоций. При наблюдении пациентов в течение первых пары лет избегание явно отражало непроизвольное стремление уклониться от тягостных воспоминаний, нарастающей тревоги или защититься от других сильных эмоций, связанных с травмирующей темой.

Среди проявлений феномена избегания у обследованных нами ветеранов с диагностированным ПТСР отмечались избегание обдумывания и обсуждения событий войны и всего, что с ней связано – в 4 случаях (28,6%); непроизвольное или обдуманное избегание ситуаций, которые напоминают о пережитом – в 7 случаях (50,0%). Для сравнения, у обследованных ветеранов с другими диагностированными психическими расстройствами избегание мыслей и разговоров на тему, связанную с войной встречалось у 11 пациентов (4,4%

всех ветеранов с другими диагнозами и 8,8% ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств); избегание соответствующих ситуаций у 14 человек (5,6% всех ветеранов с другими диагнозами и 11,2% ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств).

При рассмотрении представленности различных вариантов избегания напоминаний о травме больше одного проявления зафиксировано у 3 ветеранов с диагнозом ПТСР (21,4%) и у 4 ветеранов (3,5%) с другими диагнозами, имевших отдельные симптомы ПТСР.

В клиническом примере 4.4 приложения к главе 4 содержится описание характерных проявлений избегания воспоминаний и обстоятельств, напоминающих, либо ассоциирующихся со стрессором, у ветерана с диагностированным ПТСР.

Симптомы 3-й феноменологической группы («Ожидание опасности») отмечались у 6 ветеранов с диагностированным ПТСР (42,9%), у 7 ветеранов, которые не имели диагноза ПТСР, то есть у 3,0% всех ветеранов с другими диагнозами и 5,9% ветеранов с другими диагнозами и симптомами стрессовых расстройств. Всего они имели место у 13 обследованных описываемой группы (5,2%). Обычно симптомы ожидания опасности наиболее остро переживаются в первые месяцы после войны. Спустя более 6 месяцев после возвращения из зоны боевых действий они уже значительно менее выражены. Они ни разу не сопровождались внезапными последовательными защитными действиями и проявлялись напряженным тревожным ожиданием опасности и лишь иногда чересчур сильными реакциями тревоги и испуга в ответ на внезапные раздражители, которые напоминали опасные стимулы боевой зоны – внезапный свет, резкие звуки. В отличие от участников недавних боевых действий, чувство беспокойного дискомфорта из-за отсутствия при себе оружия отмечалось изредка и проявлялось оно лишь в объективно тревожной обстановке, например, в позднее время в безлюдных местах и при встречах с группами вызывающей опасение молодежи.

Всего шесть ветеранов с диагнозом ПТСР (14,3%) отмечали у себя в течение первого года после возвращения из боевой зоны такие явления, как ожидание опасности и угрозы, чувство беспокойного дискомфорта из-за отсутствия при себе оружия, чересчур сильные реакции тревоги и испуга в ответ на внезапные раздражители. Подобные переживания описывали у себя 7 ветеранов с другими диагностированными психическими нарушениями (2,8% остальных ветеранов и 5,6% остальных ветеранов, имеющих симптомы стрессовых нарушений).

У ветеранов с разными диагностированными психическими расстройствами определенную трудность вызвала оценка признаков 4-й группы («возбудимость»). Если отвлечься от умозрительной и порой весьма спорной в каждом конкретном случае казуальной

атрибуции, любые проявления аффективной неустойчивости разной выраженности наблюдались у 12 ветеранов с диагнозом ПТСР (85,7%). Для сравнения, они были выявлены у 97 ветеранов с другими диагнозами, что составило 40,9% всех ветеранов, имевших иные диагнозы и 82,2% ветеранов, у которых имелись симптомы стрессовых расстройств, но были поставлены другие диагнозы. У всех обследованных ветеранов встречаемость симптомов третьего кластера достигала 43,4%.

Реакции чрезмерной возбудимости и вспышки гнева у ветеранов с разными диагнозами возникали в ответ на любые эмоционально значимые раздражители. Разумеется, что в ближайший период времени после возвращения из зоны боевых действий все, что связано с войной, имеет особую личную значимость для индивида. Эмоциональные реакции вызывают не только непонимание близких, неуместные замечания окружающих или неприятные оценки, звучащие в обществе, но даже всего лишь воспроизведение в памяти сцен войны, гибели товарищей или собственных неудач. Эти волнующие переживания по механизму переадресованной реакции могут в любой момент трансформироваться в злость и агрессию в отношении случайно подвернувшегося человека. Однако раздражительность или даже эксплозивные реакции чаще всего у одного и того же ветерана вспыхивали как в связи с напоминанием о травмирующих событиях, так и в ситуациях, которые не имели прямого отношения к военному прошлому. Раздражительное поведение и гнев в условиях межперсональных конфликтов возникали в ответ на замечания командиров и начальников, как реакция на обиды и любовные разочарования. Мало того, нередко у ветеранов реакции злобы и гнева оказывались шаблонным способом реагирования на любую, даже ничтожную, неприятность. Таким образом, симптомы повышения психологической чувствительности или реактивности создавали привычный стиль реагирования на любую неприятную и даже просто неожиданную ситуацию. Касаясь же другого критерия – связи повышенной реактивности с пережитым психотравмирующим событием, следует отметить, что у ветеранов по времени и по формированию своих психопатологических последствий, нередко совпадали психическая и черепно-мозговая травма. По этим причинам фактическая дифференциация повышенной возбудимости, как признака ПТСР, и симптомов повышенной возбудимости, вызванной органической психической патологией или даже астенией, оказывалось затруднительной. Вместе с тем, значение психического стресса для возникновения и закрепления возбуждения как способа реагирования на внешние раздражители демонстрируется тем, что у ветеранов с другими диагностированными психическими расстройствами симптомы возбудимости встречались в 2 раза реже, чем у ветеранов с диагностированным ПТСР. Проявления повышенной возбудимости представлены в клиническом примере 4.5.

Симптомы возбудимости у ветеранов с ПТСР чаще всего были представлены аффективной неустойчивостью и вспышками злости и гнева – у 8 человек (57,1%). У 3 ветеранов с диагнозом ПТСР (21,4%), по самоотчетам или по объективным сведениям, эксплозивные вспышки сопровождались агрессивностью. Раздражительность или раздражительная слабость отмечалась у 4 ветеранов с ПТСР (28,6%). У остальных ветеранов разные проявления эмоциональной неустойчивости были представлены следующим образом: у 52 человек отмечалась раздражительная слабость (21,9% всех остальных ветеранов, 44,1% – имеющих признаки ПТСР); 45 – проявляли эксплозивные вспышки (19,0% всех остальных ветеранов, 38,1% – имеющих признаки ПТСР); у 21 – возбудимость проявлялась агрессивным поведением (8,9% всех остальных ветеранов, 17,9% – имеющих признаки ПТСР).

Самыми редкими у обследованных нами ветеранов оказались признаки ПТСР из феноменологической группы 5 (Психогенная амнезия) и группы 6 (Эмоциональное онемение). Из-за небольшого числа наблюдений пациентов с диагнозом ПТСР оказалось трудно определить разницу в частоте признаков группы 5 (психогенная амнезия). Затруднение или полная неспособность воспроизведения в памяти травмирующих событий войны отмечались редко и касались лишь отдельных фрагментов боя. Ветераны объясняли это вполне рационально: «Все было очень скоротечно», «не успел понять, что случилось», «кажется, потерял сознание от взрыва». Психопатологическая квалификация данных мнестических нарушений весьма затруднена. Такой вариант ослабления воспроизведения в памяти событий боя отмечался у двух ветеранов с диагнозом ПТСР (14,3%) и двух ветеранов с другим диагнозом (0,8% всех остальных ветеранов и 1,6 других ветеранов с симптомами ПТСР). Явных случаев полной диссоциативной амнезии каких-то периодов боевых действий у ветеранов с диагнозом ПТСР не было. Говорить о психогенной амнезии травмирующих событий с уверенностью можно было лишь у 2 пациентов, имевших другие диагнозы (в обоих случаях – органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга), что составляло 0,8% всех ветеранов с другими диагнозами и 1,6% ветеранов, которые имели другие диагнозы при наличии симптомов ПТСР. Клинические проявления амнезии в этих двух случаях не вызывали сомнения в их психогенном происхождении. Например, один из пациентов был не в силах воспроизвести, что с ним произошло, когда он на короткое время был захвачен душманами в Афганистане. Попытки даже осторожно расспросить об этом больного вызывали у него сильные внешние проявления стресса – страдальческую мимику, зажмуривание глаз, выраженные вегетативные реакции, сопровождающиеся жалобами на плохое самочувствие и мольбами прекратить «допрос». У обследованных нами ветеранов проявления диссоциативной амнезии на разных этапах болезни сочеталось с другими диссоциативными психическими

нарушениями – эпизодами ступора или ганзеровской симптоматикой, а также диссоциативными нарушениями двигательной функции – функциональными парезами, астазией-абазией, мутизмом.

Переживание обеднения своих эмоций, образующие 6-ю группу признаков ПТСР, отмечалось всего у 9 ветеранов (3,8%). Оно включало субъективно ощущаемое ослабление способности сопереживать близким и ангедонию. При этом не отмечалось случаев психической анестезии. У семи пациентов при этом выявлялась депрессивная симптоматика. И лишь двое ветеранов признавали у себя ухудшение способности сопереживать другим без видимых признаков депрессии – эти пациенты имели признаки алкогольной зависимости.

Психические особенности из 7 группы признаков (Изменения личности) в различных сочетаниях обнаруживались у 74 человек, что составляет 29,5% всех обследованных ветеранов. Как уже сказано выше, к изменениям личности отнесены появившиеся после воздействия боевых травмирующих факторов и имеющие тенденцию к регулярному проявлению особенности поведения, которые являются выражением свойственных индивиду способов отношения к себе, другим людям и важной для него и общества деятельности.

Ниже приводится анализ тех характерных изменений личности ветеранов, которые, по их собственному мнению или мнению близких людей, возникли после воздействия боевых стресс-факторов, выходят за рамки диагностических признаков ПТСР и не совпадают с критериями диагностики специфических расстройств личности.

Распространенными в разной степени у обследованных нами ветеранов оказались следующие стойкие способы переживания взаимоотношений с окружающими и стили взаимодействия, которые появились в период участия в боевых действиях или стали отчетливо проступать после войны:

- 1) настороженность, недоверчивое отношение к окружающим (особенно не имеющим военного опыта);
- 2) подчеркивание исключительности своего прошлого и пренебрежение альтернативным опытом и мнением людей, не принимавших участия в боевых действиях;
- 3) нетерпимость к иному мнению, иногда сочетающаяся с враждебностью в отношении его носителей;
- 4) заостренное чувство несправедливости с непримиримостью в отстаивании своей мнимой или реальной правоты;
- 5) перестройка системы ценностей и смысла жизни с отрицанием прежних авторитетов и ценностей, приоритетом групповых ценностей; поляризованная, двоичная система оценок окружающего – «свой – чужой», «друг – враг»;

- 6) затяжной характер эмоциональных реакций со склонностью к длительному переживанию собственной вины и обиды;
- 7) пониженный интерес к ранее значимым видам деятельности, потеря трудового энтузиазма, заинтересованности в достижениях и социальном росте.

Приобретенные на войне новые черты личности во многом имеют характер приспособления к экстремальным условиям. Поэтому они чаще всего не бросаются в глаза, когда военнослужащий находится в действующих войсках и участвует в боевых операциях. Эти новые черты личности, адекватные внешним стрессорам, вступают в противоречие с условиями мирной жизни и только в этот момент обнаруживают себя. Обычно новые психические свойства и особенности и их последствия, и, кстати, это служит лишним подтверждением их принадлежности к регистру личностных нарушений, более заметны окружающим и далеко не всегда – самому носителю, ветерану. Иногда даже признавая наличие некоторых таких черт, ветеран не считает их неуместными или проблемными. Большинство приобретенных на войне качеств взаимосвязано, и они порой психологически вытекают одно из другого. Например, настороженность и готовность к активному реагированию на угрозу есть результат привыкания к постоянной опасности и необходимости немедленно на нее отвечать. Но в мирное время их продолжением становится настороженность и недоверие к людям, которые не имеют военного опыта, и ко всей окружающей обстановке. Проявление настороженности, враждебности и отвержения реальности почти неминуемо, когда ветеран сразу после возвращения из боевой зоны сталкивается с поведением окружающих, от которого он давно отвык: с приоритетом личных интересов, устоявшейся «на гражданке» иерархией ценностей и авторитетов, необходимостью выполнять разнообразные задачи, многие из которых совсем неочевидно связаны с его обязанностями и по сравнению с жизненно важными вопросами, которые решаются на войне, кажутся малозначимыми. Ранимость и чувствительность к негативной оценке могут представлять собой гипостенический полюс переживаний, связанных с настороженностью и ожиданием внешней угрозы.

Переоценка собственного военного опыта изначально связана с успешностью и эффективностью новых качеств, с тем, что в среде военных людей боевой опыт высоко ценится и является важнейшим условием карьерного роста и всех других формальных достижений. Однако гражданская жизнь и даже военная служба в мирное время ставит много новых задач, к переориентации на которые оказывается готовым не каждый ветеран. Неуместное публичное подчеркивание своих боевых заслуг или прямое и завуалированное пренебрежение альтернативным опытом и мнением людей, не принимавших участия в боевых действиях, провоцирует явные и скрытые конфликты и взаимное непонимание, часто воспринимается

другими как высокомерие, а ветерана делает неуживчивым, трудным для общения человеком. Однако из-за стойкости нажитых черт, ригидности установок и застойного характера эмоциональных реакций коррекция поведения у части ветеранов затруднена.

Многие личностные особенности ветеранов, возможно. Проистекают из облигатных проявлений ПТСР. Например, сужение спектра эмоциональных реакций с эмоциональным онемением и преобладанием эмоций отрицательного полюса, феноменологически схожие с Unlust (безрадостностью, неудовольствием), ранее описанным в рамках депрессивных реакций и этапов формирования психогенных развитий [Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999], скорее всего, способствуют дальнейшему появлению чувства безнадежности и опустошенности, отчуждения от окружающих. Последнее обычно проявлялся тем, что у пациента исчезают общие интересы с бывшими друзьями, которые не были на войне, с трудом находятся темы для разговоров с близкими.

Особенности жизни на войне, требующие безусловной взаимной помощи с целью выполнения боевой задачи, которая подразумевает еще и повышение вероятности коллективного и собственного выживания, обуславливает переход к упрощенной двоичной системе оценок окружающего – «свой – чужой», «друг – враг». Перестройка системы ценностей и смысла жизни, а в крайней степени выраженности – так называемое «идеологическое разочарование», которое может вести к неглижированию и прямому отрицанию прежних авторитетов и ценностей, переживанию утраты смысла жизни, приоритет групповых ценностей (как правило, группы таких же ветеранов) с безоговорочным отвержением всего, что противоречит их интересам. В сочетании с настороженностью к «недружественному» окружению категоричная и ригидная оценка правоты своей группы и себя формируют заостренное чувство несправедливости с абсолютизацией моральной нормы и непримиримостью в отстаивании своей мнимой или реальной правоты.

Такой феномен, как затруднение построения жизненной перспективы, можно было оценить лишь при внимательном расспросе родственников, которые давали сведения, что пациент после возвращения с войны не захотел продолжить учебу, предпочитал временные заработки или перестал прилагать усилия к служебному росту, несмотря на то, что ранее у него все удачно складывалось.

Многие приобретенные ветеранами индивидуальные черты изначально имеют явную сюжетную связь с травмирующим фактором, что делает очевидным психогенный механизм их образования. К таким реактивным индивидуально-психологическим образованиям можно отнести переживание вины выжившего; недоверие и настороженность в отношении людей, не имевших боевого опыта; ранимость и чувствительность к военной тематике; нетерпимость,

высокомерие и склонность к отрицательной оценке тех, кто не имеет военного опыта. Вместе с тем, нажитые особенности потому и называются чертами личности, что со временем все большее место среди них занимают новые способы взаимодействия с окружающим, которые утрачивают изначальный контекст этих отношений, приобретают самостоятельность, отрываются от изначальной темы травмирующих переживаний, распространяются на многие или все стороны отношений с другими людьми. В этом и заключается «самодвижение» психогенного развития личности. Вместе с тем, внимательное изучение психических особенностей ветерана позволяет раскрыть забытые психологические связи и выявить два первых критерия триады Карла Ясперса (K. Jaspers, 1959), а сохраняющаяся чувствительность к событиям, напоминая об изначальной травме, позволяет утверждать актуальность всех трех критериев реактивных состояний даже в таких случаях, как хроническое изменение личности после переживания боевого стресса.

Среди проявлений послевоенной личностной трансформации у обследованных нами ветеранов отмечались: изменение системы ценностей и взглядов на жизнь – у 55 человек (21,9% всех ветеранов); отчуждение и чувство одиночества – у 9 (3,6%); потеря или смена прежних интересов – у 22 (8,8%); настороженность и недоверие людям – у 6 (2,4%); обеднение спектра эмоций – у 24 (9,6%); затяжное эмоциональное реагирование – у 9 (3,6%); повышенная чувствительность, ранимость – у 18 (7,2%); нетерпимость к чужим недостаткам и особенностям поведения – у 17 (6,8%); обостренное чувство справедливости – у 19 (7,6%); завышенная самооценка и высокомерие в отношении других – у 4 ветеранов (1,6%).

Присущие ветеранам личностные трансформации образуют особый круг психических вариаций и отклонений, которые долгое время не включались в перечень диагностических признаков постстрессовых расстройств, и лишь в проекте МКБ-11 отчетливо прозвучало, что стойкие изменения в представлении о себе и трудности поддержания отношений с другими людьми являют собой важные аспекты личности больного ПТСР. Одним из возможных объяснений долгой не востребоваемости изменений личности в качестве критериев диагностики стрессовых расстройств может быть то, что эти приобретенные индивидуальные особенности чаще всего имеют умеренную выраженность, и они в меньшей степени оказывают влияние на поведение ветерана, чем, например, повышенная возбудимость. Кроме того, личностные последствия войн наступают в связи с длительным воздействием травмирующих факторов [Снедков Е.В., 1997; Литвинцев С.В. и др., 2005], и их клиническая картина, и лежащие в ее основе механизмы больше соответствуют описанному отечественными психиатрами психогенному развитию личности [Кербиков О.В., 1971; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999]. В таком случае важным представляется не просто воздействие травмирующего стресса, но и

наличие предрасположенности, сформированность и зрелость личности индивида, а также содержание, сила и длительность патогенных факторов.

Относительно невысокая частота трансформации личности, умеренная выраженность и небольшой спектр приобретенных личностных черт у отдельных обследованных нами ветеранов, как нам представляется, связан с тем, что абсолютное большинство обследованных составляли офицеры. Они принимали участие в боевых действиях в зрелом возрасте, когда основные черты личности уже сформированы и подвергаются меньшей трансформации под влиянием неблагоприятных стресс-факторов. Иллюстрацией умеренных и относительно обратимых изменений личности может служить клинический пример 4.6.

Взаимное сопоставление симптомов различных групп признаков ПТСР у ветеранов в отдаленном периоде после войны (Таблица 4.2.3.) показало их статистически значимую сопряженность и, таким образом, даже спустя продолжительное время после прекращения действия стрессоров сохраняющееся феноменологическое единство ПТСР, и обоснованность рассмотрения выделенных кластеров в качестве облигатных признаков боевого ПТСР.

Таблица 4.2.3. Взаимная сопряженность признаков ПТСР у ветеранов боевых действий

Симптомы ПТСР	Интрузия (n = 53)		Интрузии нет (n = 198)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Избегание (28)	20	37,7	8	4,0	47,895	< 0,001	14,394
Ожидание опасности (13)	9	17,0	4	2,0	19,055	< 0,001	9,920
Возбудимость (109)	43	81,1	66	33,3	38,881	< 0,001	8,600
Эмоциональное онемение (9)	7	13,2	2	1,0	17,993	< 0,001	14,913
Изменения личности (74)	35	66,0	39	19,7	43,185	< 0,001	7,927
	Избегание (n = 28)		Избегания нет (n = 223)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Ожидание опасности (13)	6	21,4	7	3,1	16,944	< 0,001	8,416
Возбудимость (109)	23	82,1	86	38,6	19,229	< 0,001	7,328
Эмоциональное онемение (9)	5	17,9	4	1,8	18,568	< 0,001	11,902
Изменения личности (74)	24	85,7	50	22,4	47,934	< 0,001	20,760
	Ожидание опасности (n = 13)		Ожидания опасности нет (n = 238)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Возбудимость (109)	12	92,3	97	40,8	13,334	< 0,001	17,443
Эмоциональное онемение (9)	0	0,0	9	3,8	0,510	0,475	0,962
Изменения личности (74)	11	84,6	63	26,5	20,045	< 0,001	15,278
	Возбудимость (n = 109)		Возбудимости нет (n = 236)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Эмоциональное онемение (9)	8	7,3	1	0,7	7,853	0,005	11,168
Изменения личности (74)	60	55,0	14	9,9	60,563	< 0,001	11,195

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Случаи, когда имел место полный набор главных феноменологических признаков диагностической рубрики ПТСР по МКБ-10 (F43.1) и МКБ-11 (6B40) – интрузия, избегание и ожидание опасности, показали прямую ассоциацию с изменениями личности и отсутствие связи с проявлениями возбудимости (Таблица 4.2.4.).

Таблица 4.2.4. Сопряженность «полного» ПТСР (случаев с тремя и более облигатными признаками ПТСР) с различными его признаками (таблицы сопряженности)

	ПТСР с симптомами 1-3 кластеров (n = 5)		ПТСР с другим набором признаков (n = 127)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Возбудимость (109)	5	100,0	104	81,9	1,097	0,295	-
Эмоциональное онемение	0	0,0	9	7,1	0,380	0,537	-
Изменения личности (74)	5	100,0	69	54,3	4,073	0,044	-
	ПТСР с симптомами 1-3 кластеров (n = 5)		Остальные ветераны (n = 246)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Возбудимость (109)	5	100,0	104	42,3	6,646	0,010	-
Эмоциональное онемение	0	0,0	9	3,7	0,190	0,663	0,963
Изменения личности (74)	5	100,0	69	28,0	12,203	< 0,001	-

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Иными словами явления аффективной неустойчивости, будучи важной составляющей клинической картины боевого ПТСР, на практике сами по себе имеют меньшее диагностическое значение, чем три первых признака ПТСР.

Клиническая картина психических расстройств у обследованных ветеранов боевых действий характеризовалась разнообразием сочетаний облигатных признаков ПТСР и других сопутствующих симптомов. Примером сочетания различных признаков, образующих полный синдром ПТСР, может служить клинический пример 4.7. В таблице 4.2.5 представлены комбинации различных симптомов-признаков ПТСР у ветеранов, которым устанавливался этот диагноз или по причине наличия и преобладания других психопатологических проявлений ставился иной диагноз.

Таблица 4.2.5. Комбинации признаков ПТСР у ветеранов с соответствующим диагнозом и ветеранов с другими диагностированными расстройствами, имеющих симптомы ПТСР

Группы признаков стрессовых расстройств и их комбинации	Ветераны с диагнозом ПТСР (n = 14)		Другие ветераны с признаками ПТСР (n = 118)	
	абс.	%	абс.	%
Симптомы 1, 2, 3, 4, 7 групп признаков ПТСР (интрузии, избегания, ожидания опасности, возбудимости, изменения личности)	3	21,4	2	1,7
Симптомы 1, 2, 4, 7 групп признаков ПТСР (интрузии, избегания, возбудимости, изменений личности)	4	28,6	9	7,6

Продолжение таблицы 4.2.5.

Группы признаков стрессовых расстройств и их комбинации	Ветераны с диагнозом ПТСР (n = 14)		Другие ветераны с признаками ПТСР (n = 118)	
	абс.	%	абс.	%
Симптомы 2, 3, 4, 7 групп признаков ПТСР (избегания, возбудимости, ожидания опасности, изменений личности)	1	7,1	–	–
Симптомы 1, 3, 4, 7 групп признаков ПТСР (интрузии, ожидания опасности, возбудимости, изменений личности)	–	–	3	2,5
Симптомы 1, 2 и 7 групп признаков ПТСР (интрузии, избегания, изменений личности)	–	–	2	1,7
Симптомы 1, 2 и 7 групп признаков ПТСР (интрузии, избегания, изменений личности)	–	–	2	1,7
Симптомы 1, 3, 7 групп признаков ПТСР (интрузии, ожидания опасности, изменений личности)	1	7,1	–	–
Симптомы 1, 4, 7 групп признаков ПТСР (интрузии, возбудимости, изменений личности)	1	7,1	10	8,5
Симптомы 2, 4, 7 групп признаков ПТСР (избегания, возбудимости, изменений личности)	–	–	1	0,8
Симптомы 3, 4, 7 групп признаков ПТСР (ожидания опасности, возбудимости, изменений личности)	1	7,1	1	0,8
Симптомы 1 и 4 групп признаков ПТСР (интрузии и возбудимости)	2	14,3	9	7,6
С-мы 2 и 4 кластеров признаков ПТСР (избегания и возбудимости)	–	–	3	2,5
Симптомы 3 и 4 кластеров признаков ПТСР (ожидания опасности и возбудимости)	–	–	2	1,6
Симптомы 4 и 7 группы признаков ПТСР (возбудимости и изменений личности)	–	–	24	20,3
Симптомы одного 1 группы признаков ПТСР (интрузии)	1	7,1	6	5,1
Симптомы одного 2 группы признаков ПТСР (избегания)	–	–	2	1,7
Симптомы одного 3 группы признаков ПТСР (ожидания опасности)	–	–	–	–
Симптомы одного 4 группы признаков ПТСР (возбудимости)	–	–	34	28,8
Симптомы одного 5 группы признаков ПТСР (онемения)	–	–	–	–
Симптомы одного 7 группы признаков ПТСР (изменения личности)	–	–	10	8,5
Все случаи выявления с-мов 1 группы признаков ПТСР (интрузии)	12	85,7	41	34,8
Все случаи выявления с-мов 2 группы признаков ПТСР (избегания)	8	57,1	20	17,0
Все случаи с-мов 3 группы признаков ПТСР (ожидания опасности)	6	42,9	7	5,9
Все случаи симптомов 4 группы признаков ПТСР (возбудимости)	12	85,7	97	82,2
Все случаи выявления симптомов 5 группы признаков ПТСР (психогенная амнезия)	2	14,3	3	2,5
Все случаи выявления симптомов 7 группы признаков ПТСР (изменений личности)	11	78,6	63	53,4

Очевидно, что различные конstellляции основных симптомов стрессовых расстройств чаще склоняли диагностический выбор в сторону ПТСР (Таблица 4.2.6).

Таблица 4.2.6. Связь диагноза ПТСР с его облигатными признаками у 132-х ветеранов боевых действий, имеющих различные симптомы ПТСР

Симптомы ПТСР	Диагноз ПТСР установлен (n = 14)		Диагноза ПТСР не установлен (n = 118)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Интрузия (53)	12	85,7	41	34,7	13,530	< 0,001	11,268
Избегание (28)	8	57,1	20	16,9	12,098	< 0,001	6,533
Ожидание опасности (13)	6	42,9	7	5,9	19,219	< 0,001	11,893
Возбудимость (109)	12	85,7	97	82,2	10,792	0,107	1,299
Эмоциональное онемение (9)	0	0,0	9	7,6	1,146	0,284	-
Изменения личности (74)	11	78,6	63	53,4	3,222	0,073	3,201
Выявлены симптомы одного или двух кластеров ПТСР (92)	3	21,4	89	75,4	17,276	< 0,001	0,089
Выявлены симптомы трех и более кластеров ПТСР (40)	11	78,6	29	24,6	17,276	< 0,001	11,253
Выявлены симптомы интрузии, избегания и ожидания опасности (5)	3	21,4	2	1,7	13,373	< 0,001	15,818

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Как видно из данных анализа сопряженности, наличие трех и более симптомов-признаков отмечалось у 11 ветеранов с диагнозом ПТСР (78,6%) и у 29 (24,6%) ветеранов с постстрессовыми симптомами, которым был установлен другой диагноз ($\chi^2 = 17,276$, $p < 0,001$, OR = 11,253). Также выявление комбинации трех первых кластеров признаков ПТСР – интрузии, избегания и ожидания опасности – чаще всего определял установку диагноза ПТСР ($\chi^2 = 13,373$, $p < 0,001$, OR = 15,818). Таким образом, диагноз ПТСР обычно выносился в тех случаях, когда у ветерана боевых действий симптомы переживания травматического стресса не только преобладали по своей выраженности, но образовывали сочетания с широким набором основных признаков по типу «полного ПТСР» (full PTSD).

4.2.2. Коморбидность ПТСР и других психопатологических симптомов и синдромов

Психопатологические проявления, присущие посттравматическому стрессовому расстройству, у обследованных ветеранов никогда не были представлены в изолированном виде – они всегда сочетались с психопатологическими проявлениями, которые не указаны в соответствующей диагностической рубрике.

Проведенный анализ сопряженности между установленным диагнозом ПТСР и факультативными расстройствами (Таблица 4.2.7.) показал отсутствие значимых связей.

Таблица 4.2.7. Сопряженность диагноза ПТСР с факультативными психопатологическими симптомами у ветеранов боевых действий (таблицы сопряженности)

Симптомы ПТСР	Диагноз ПТСР установлен (n = 14)		Диагноз ПТСР не установлен (n = 237)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Невротические симптомы и симптомокомплексы (182)</i>	10	71,4	172	72,6	0,009	0,926	0,945
Астеническая симптоматика (175)	11	78,6	164	69,2	0,550	0,458	1,632
Панические приступы (16)	0	0,0	16	6,8	1,009	0,315	-
Ипохондрия (39)	0	0,0	39	16,5	2,728	0,099	-
Демонстративное поведение (19)	2	14,3	17	7,2	0,956	0,328	2,157
Диссоциативные симптомы (9)	1	7,1	8	3,4	0,543	0,461	2,202
Соматоформные симптомы (24)	1	7,1	23	9,7	0,100	0,751	0,716
Обсессии (1)	0	0,0	1	0,4	0,059	0,808	-
<i>Симптомы эмоциональных расстройств (150)</i>	10	71,4	140	59,1	0,839	0,360	1,732
Тревога (79)	6	42,9	73	30,8	0,891	0,345	1,685
Гипотимия (депрессия) (128)	7	50,0	121	51,1	0,006	0,939	0,959
Дисфория (21)	1	7,1	20	8,4	0,029	0,865	0,835
Депрессия тяжелая (11)	0	0,0	11	4,6	0,680	0,410	-
<i>Симптомы органической психической патологии (123)</i>	5	35,7	118	49,8	1,048	0,306	0,560
Ослабление памяти (79)	2	14,3	77	32,5	2,031	0,154	0,346
Инертность мышления (97)	5	35,7	92	38,8	0,054	0,817	0,876
Эпилептические припадки (21)	0	0,0	21	8,9	1,354	0,245	-
<i>Шизофрения, шизотипическое, др. бредовые расстройства (15)</i>	0	0,0	15	6,3	0,942	0,332	-
Зависимость и злоупотребление алкоголем (133)	7	50,0	126	53,2	0,053	0,818	0,881
Алкогольная зависимость (103)	4	28,6	99	41,8	0,952	0,329	0,558
Злоупотребление алкоголем без признаков зависимости (3)	3	21,4	27	11,4	1,265	0,261	2,121
Суицидальные мысли (13)	0	0,0	13	5,5	0,810	0,368	-
Суицидальные попытки (5)	0	0,0	5	2,1	0,310	0,583	-
Агрессивность (25)	3	21,4	22	9,3	2,174	0,140	2,665

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ сопряженности показал, что диагноз ПТСР устанавливался исключительно на основе выявленных облигатных признаков ПТСР и без учета наличия или отсутствия других психических нарушений. Это подтверждает построенная модель многофакторной логистической регрессии, показавшая, что предикторами установки диагноза ПТСР среди всех основных симптомов-признаков и факультативных симптомов становятся лишь феномены интрузии ($W = 11,531$; $p = < 0,001$; $OR = 24,834$) и ожидания опасности ($W = 10,675$; $p = 0,001$;

OR = 18,087), при устойчивости модели и прогнозировании 94,4% вариантов ($R^2 = 0,606$, $\chi^2 = 1,251$, $p = 0,870$; Общая процентная доля = 94,4%).

Если диагноз ПТСР у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий не учитывал другие психические нарушения, в действительности симптомы ПТСР чаще всего комбинировались с психопатологическими феноменами невротического и аффективного регистров (Рисунок 4.3. и Таблица 4.2.8.).

Таблица 4.2.8. Сопряженность симптомов ПТСР с факультативными психопатологическими симптомами у ветеранов боевых действий (таблицы сопряженности)

Психопатологические симптомы	Любой симптом ПТСР (n = 132)		Нет симптомов ПТСР (n = 119)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы и симптомокомплексы (182)	107	81,1	75	63,0	10,212	0,001	2,511
Астеническая симптоматика (175)	104	78,8	71	59,7	10,842	< 0,001	2,511
Панические атаки (16)	8	6,1	8	6,7	0,046	0,830	0,895
Демонстративное поведение (19)	14	10,6	5	4,2	3,669	0,055	2,705
Диссоциативные симптомы (9)	7	5,3	2	1,7	2,375	0,123	3,276
Соматоформные симптомы (24)	16	12,1	8	6,7	2,109	0,146	1,914
Ипохондрия (39)	24	18,2	15	12,6	1,483	0,223	1,541
Симптомы эмоциональных расстройств (150)	93	70,5	57	47,9	13,240	< 0,001	2,594
Тревога (79)	50	37,9	29	24,4	5,295	0,021	1,892
Депрессия (128)	78	59,1	50	42,0	7,301	0,007	1,993
Дисфория (21)	21	15,9	0	0,0	20,660	< 0,001	-
Депрессия тяжелая (11)	7	5,3	4	3,4	0,563	0,453	1,610
Органические психические нарушения (123)	68	51,5	55	46,2	0,703	0,402	1,236
Эпилептические припадки (21)	13	9,8	8	6,7	0,798	0,372	1,516
Ослабление памяти (79)	42	31,8	37	31,1	0,015	0,902	1,034
Инертность (97)	60	45,5	37	31,1	5,444	0,020	1,847
Шизофрения, шизотипическое, др. бредовые расстройства (15)	4	3,0	11	9,2	4,300	0,038	0,307
Зависимость и злоупотребление алкоголем (133)	61	46,2	72	60,5	5,132	0,023	0,561
Алкогольная зависимость (103)	44	33,3	59	49,6	6,827	0,009	0,508

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Изучение связей между наличием признаков ПТСР и факультативными симптомами (Таблица 4.2.8.) показало прямые ассоциации с различными симптомами невротического круга ($\chi^2 = 10,212$, $p = 0,001$, OR = 2,511), астенической симптоматикой ($\chi^2 = 10,842$, $p < 0,001$, OR = 2,511), симптомами эмоциональных нарушений ($\chi^2 = 13,240$, $p < 0,001$, OR = 2,594), тревогой ($\chi^2 = 5,295$, $p = 0,021$, OR = 1,892), депрессией ($\chi^2 = 7,301$, $p = 0,007$, OR = 1,993) и дисфорией ($\chi^2 =$

20,660, $p < 0,001$), инертностью психических процессов ($\chi^2 = 5,444$, $p = 0,020$, OR = 1,847), а также обратную связь с психотическими расстройствами ($\chi^2 = 4,300$, $p = 0,038$, OR = 0,307), различными формами злоупотребления спиртным ($\chi^2 = 5,132$, $p = 0,023$, OR = 0,561) и алкогольной зависимостью ($\chi^2 = 6,827$, $p = 0,009$, OR = 0,508).

Таким образом, в группе ветеранов, которые обнаруживали какие-либо признаки ПТСР, значимо чаще имели место расстройства невротического, эмоционального регистров, но реже им сопутствовали психотические расстройства и алкогольная зависимость (Рисунок 4.3.). Различия в представленности нарушений невротического круга и эмоциональных нарушений отражены на рисунке 4.4.

В тех случаях, когда у ветеранов выявлялись три и более облигатных признака ПТСР, обнаруживались ассоциации лишь с демонстративным поведением ($\chi^2 = 8,563$, $p = 0,003$, OR = 5,052), диссоциативной симптоматикой ($\chi^2 = 5,920$, $p = 0,015$, OR = 6,429) и обратная связь с ослаблением памяти ($\chi^2 = 3,695$, $p = 0,055$, OR = 0,426) (Таблица 4.2.9.).

Таблица 4.2.9. Сопряженность случаев с большим числом (3-х и более) признаков ПТСР с факультативными психопатологическими симптомами у ветеранов боевых действий*

Симптомы ПТСР	Три и более признака ПТСР (n = 53)		Менее трех признаков ПТСР (n = 79)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (14)	9	22,5	5	5,4	8,563	0,003	5,052
Диссоциативные симптомы (7)	5	12,5	2	2,2	5,920	0,015	6,429
Ослабление памяти (42)	8	20,0	34	37,0	3,695	0,055	0,426
Агрессивность (23)	11	27,5	12	13,0	4,049	0,044	2,529

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ связей каждого кластера симптомов стрессовых расстройств с коморбидными нарушениями представлен в таблицах 4.2.10.

Таблица 4.2.10. Сопряженность симптомов интрузии с факультативными психопатологическими симптомами у ветеранов боевых действий (таблицы сопряженности*)

Психопатологические симптомы	Интрузия (n = 53)		Нет интрузии (n = 198)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Астеническая симптоматика (175)	43	81,1	132	66,7	4,144	0,042	2,150
Демонстративное поведение (19)	8	15,1	11	5,6	5,437	0,020	3,022
Соматоформные симптомы (24)	9	17,0	15	7,6	4,277	0,039	2,495
Тревога (79)	32	60,4	47	23,7	26,024	< 0,001	4,896
Депрессия (128)	35	66,0	93	47,0	6,083	0,014	2,195
Дисфория (21)	8	15,1	13	6,6	3,967	0,046	2,530
Ослабление памяти (79)	10	18,9	69	34,8	4,950	0,026	0,435
Психотические расстройства (15)	0	0,0	15	7,6	4,270	0,039	0,924

Продолжение таблицы 4.2.10.

Психопатологические симптомы	Избегание (n = 28)		Нет избегания (n = 223)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (19)	6	21,4	13	5,8	8,651	0,003	4,406
Диссоциативные симптомы (9)	3	10,7	6	2,7	4,633	0,031	4,340
Соматоформные симптомы (24)	6	21,4	18	8,1	5,132	0,023	3,106
Тревога (79)	15	53,6	64	28,7	7,135	0,008	2,867
Дисфория (21)	7	25,0	14	6,3	11,373	< 0,001	4,976
	Ожидание опасности (n = 13)		Нет ожидания опасности (n = 238)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (19)	4	30,8	15	6,3	10,546	0,001	6,607
Диссоциативные симптомы (9)	2	15,4	7	2,9	5,521	0,019	6,000
	Повышенная возбудимость (n = 109)		Нет возбудимости (n = 142)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (182)	91	83,5	91	64,1	11,645	< 0,001	2,833
Астеническая симптоматика (175)	90	82,6	85	59,9	15,065	< 0,001	3,176
Депрессия (128)	67	61,5	61	43,0	8,455	0,004	2,118
Дисфория (21)	19	17,4	2	1,4	20,650	< 0,001	14,778
Инертность (97)	51	46,8	46	32,4	5,389	0,020	1,835
<i>Психотические расстройства (15)</i>	2	1,8	13	9,2	5,881	0,015	0,185
	Изменения личности (n = 74)		Нет изменений личности (n = 177)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (182)	62	83,8	120	67,8	6,691	0,010	2,454
Астеническая симптоматика (175)	60	81,1	115	65,0	6,415	0,011	2,311
Демонстративное поведение (19)	11	14,9	8	4,5	7,982	0,005	3,688
Соматоформные симптомы (24)	13	17,6	11	6,2	7,778	0,005	3,216
Эмоциональные расстройства (150)	56	75,7	94	53,1	11,053	< 0,001	2,747
Тревога (79)	30	40,5	49	27,7	3,999	0,046	1,781
Депрессия (128)	50	67,6	78	44,1	11,532	< 0,001	2,664
Дисфория (21)	15	20,3	6	3,4	19,395	< 0,001	7,246
Инертность (97)	36	48,6	61	34,5	5,429	0,035	1,802

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

В частности, основные симптомы – интрузии, избегания, ожидания опасности и изменения личности – показали прямую ассоциацию с невротическими нарушениями, в том числе сценическими, диссоциативными и соматоформными, а также с расстройствами аффективного круга – тревогой, депрессией и дисфорией. В отличие от них повышенная возбудимость не обнаруживала связи с истеро-конверсионными и соматоформными

нарушениями, но показала сопряженность с астенической симптоматикой и эмоциональными расстройствами – тревогой, депрессией и дисфорией (Рисунок 4.5.).

Прямую ассоциацию с симптомами ПТСР ($\chi^2 = 5,444$, $p = 0,020$, $OR = 1,847$) и, в частности, с повышенной возбудимостью ($\chi^2 = 5,389$, $p = 0,020$, $OR = 1,835$) и изменениями личности ($\chi^2 = 5,429$, $p = 0,035$, $OR = 1,802$) показали проявления инертности мышления. При этом ослабление памяти не показывает ассоциаций с большинством проявлений ПТСР, а с наличием интрузии имеет обратную связь. Инертность мышления имеет значимую сильную связь с другими признаками органического поражения головного мозга, такими как ослабление памяти ($\chi^2 = 98,016$, $p < 0,001$, $OR = 23,092$) и эпилептические припадки ($\chi^2 = 5,229$, $p = 0,022$, $OR = 2,824$), а также с некоторыми симптомами невротического и аффективного регистров – астенической симптоматикой ($\chi^2 = 16,437$, $p < 0,001$, $OR = 3,586$), ипохондрией ($\chi^2 = 6,146$, $p = 0,013$, $OR = 2,364$), дисфорией ($\chi^2 = 7,589$, $p = 0,006$, $OR = 3,542$). То есть, ассоциированная с ПТСР органическая психическая патология имеет умеренно выраженный характер и выступает в комплексе с психопатологической симптоматикой пограничного регистра - церебрастенией, ипохондрией, дисфорией.

Изучение частоты аддиктивной патологии у обследованных ветеранов показал закономерность, обратную той, что была установлена в отношении большинства невротических и эмоциональных нарушений: она встречалась чаще у ветеранов без симптомов ПТСР (у 72 человек, 60,5%), чем у ветеранов с симптомами ПТСР (у 61 человека, 46,2%) ($p = 0,023$). Злоупотребление алкоголем было выявлено у 17 ветеранов с признаками ПТСР (12,9%) и у 13 ветеранов без симптомов ПТСР (10,9%). Алкогольная зависимость была установлена у 44 ветеранов с признаками ПТСР (33,3%) и у 59 ветеранов без симптомов ПТСР (49,6%) ($p = 0,009$). В таблице 4.2.11. представлено наличие обратной связи между злоупотреблением алкоголем и зависимостью от алкоголя и симптомами ПТСР.

Таблица 4.2.11. Сопряженность злоупотребления и зависимости от алкоголя с ПТСР

Симптомы ПТСР	Зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 133)		Нет злоупотребления алкоголем (n = 118)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Симптомы ПТСР (132)</i>	61	45,9	71	60,2	5,132	0,023	0,561
<i>Интрузия (53)</i>	22	16,5	31	26,3	3,554	0,059	0,556
<i>Выявлены симптомы одного или двух кластеров ПТСР (92)</i>	40	30,1	52	44,1	5,273	0,022	0,546
	Зависимость от алкоголя (n = 103)		Нет ависимости от алкоголя (n = 148)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Симптомы ПТСР (132)</i>	44	42,7	88	59,5	6,827	0,009	0,508
<i>Ожидание опасности (13)</i>	2	1,9	11	7,4	3,728	0,053	0,247

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Злоупотребление спиртным и алкогольная зависимость также не показывают ассоциаций или же имеют обратную связь с наличием факультативных психопатологических симптомов, что иллюстрирует таблица 4.2.12.

Таблица 4.2.12. Сопряженность злоупотребления и зависимости от алкоголя с факультативными психопатологическими симптомами (таблицы сопряженности*)

Психопатологические симптомы	Зависимость или злоупотребление алкоголем (n = 133)		Нет злоупотребления алкоголем (n = 118)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Панические атаки (16)</i>	4	3,0	12	10,2	5,374	0,020	0,274
<i>Соматоформные симптомы (24)</i>	8	6,0	16	13,6	4,115	0,042	0,408
<i>Ипохондрия (39)</i>	7	5,3	32	27,1	1,483	< 0,001	0,149
<i>Тревога (79)</i>	32	24,1	47	39,8	7,210	0,007	0,479
	Зависимость от алкоголя (n = 103)		Нет ависимости от алкоголя (n = 148)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Невротические симптомы и симптомокомплексы (182)</i>	68	66,0	114	77,0	3,692	0,055	0,579
<i>Панические атаки (16)</i>	2	1,9	14	9,5	5,751	0,016	0,190
<i>Ипохондрия (39)</i>	5	4,9	34	23,0	15,192	< 0,001	0,171
<i>Симптомы эмоциональных расстройств (150)</i>	53	51,5	97	65,5	5,010	0,025	0,557
<i>Тревога (79)</i>	20	19,4	59	39,9	11,773	< 0,001	0,363

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Нечастый в реальности случай диагностики ПТСР, которая осложнялась алкогольной зависимостью, приведен в клиническом примере 4.8 (Приложение к главе 4).

Отчетливую обратную зависимость имела сочетаемость симптомов ПТСР с психотическими расстройствами (Таблица 4.2.8). В частности, у ветеранов с симптомами ПТСР эндоформные психотические расстройства встречались в 3,1 раза реже, чем у ветеранов без симптомов ПТСР – у 4 человек (3,0%) и 11 человек (9,2%) соответственно. Делириозная симптоматика отмечалась у 4 ветеранов, которые имели симптомы ПТСР (2,8%) и у 8 ветеранов, у которых симптомов присущих ПТСР не выявлялось (6,4%). Причем обратная связь обнаруживается и в отношениях психотических расстройств с отдельными кластерами симптоматики ПТСР, например, интрузии и ожидания опасности (Таблицы 4.2.10). Таким образом, психотическая симптоматика не только не показала связи с симптомами стрессовых расстройств, более того, больным с психотическими расстройствами, возникшим или рецидивировавшим в отдаленном периоде после боевых действий, оказались несвойственны признаки ПТСР.

Среди особенностей поведения ветеранов, имеющих симптомы ПТСР, самым заметным и создающим наибольшие трудности в социальной адаптации оказалось агрессивное поведение – его относительная частота среди ветеранов с проявлениями ПТСР оказалась в 11 раз выше, чем у ветеранов, не имеющих симптомов ПТСР. При этом анализ сопряженности агрессивности с различными признаками ПТСР и с другими психопатологическими симптомами (Таблица 4.2.13.) показал вполне ожидаемое наличие прямой ассоциации с наличием у ветерана феноменов из кластеров ожидания опасности ($\chi^2 = 6,620$; $p = 0,010$; $OR = 4,593$), повышенной возбудимости ($\chi^2 = 26,665$; $p < 0,001$; $OR = 18,721$) и изменений личности ($\chi^2 = 19,814$; $p < 0,001$; $OR = 6,300$). Обнаружена также прямая ассоциация агрессивного поведения с избеганием ($\chi^2 = 7,949$; $p = 0,005$; $OR = 3,796$), что указывает на вторичный характер явлений избегания стимулов, ассоциированных с травмой, так как уход от раздражающего фактора позволяет уберечься от чрезмерных переживаний и проявлений реакций в поведении. Агрессивное поведение ветеранов также связано с формированием целостного синдрома ПТСР, о чем говорит прямая ассоциация агрессивности с набором трех главных облигатных феноменологических признаков ПТСР ($\chi^2 = 5,133$; $p = 0,023$; $OR = 7,266$). Однако агрессивность не показала связи с явлениями интрузии, то есть сами по себе повторяющиеся переживания не влияют на проявление агрессии.

Таблица 4.2.13. Сопряженность агрессивности с облигатными признаками ПТСР и другими симптомами у ветеранов боевых действий*

Симптомы ПТСР	Агрессивность выявлена (n = 25)		Агрессивности не выявлено (n = 226)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР (132)	23	92,0	109	48,2	17,296	< 0,001	12,344
Интрузия (53)	8	32,0	45	19,9	1,975	0,160	1,893
Избегание (28)	7	28,0	21	9,3	7,949	0,005	3,796
Ожидание опасности (13)	4	16,0	9	4,0	6,620	0,010	4,593
Возбудимость (109)	23	92,0	86	38,1	26,665	< 0,001	18,721
Эмоциональное онемение (9)	1	4,0	8	3,5	0,014	0,907	1,135
Изменения личности (74)	17	68,0	57	25,2	19,814	< 0,001	6,300
Выявлены симптомы одного или двух кластеров ПТСР (92)	12	48,0	80	35,4	1,540	0,215	1,685
Выявлены симптомы трех и более кластеров ПТСР (40)	11	44,0	29	12,8	16,323	< 0,001	5,337
Выявлены симптомы интрузии, избегания и ожидания опасности (5)	2	8,0	3	1,3	5,133	0,023	7,266
Тревога (79)	3	12,0	76	33,6	4,882	0,027	0,269
Дисфория (21)	8	32,0	13	5,8	20,228	< 0,001	7,710

* указаны все ассоциации с облигатными симптомами ПТСР и значимые ассоциации с факультативными симптомами.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Среди коморбидных психопатологических симптомов агрессивность напрямую ассоциирована с проявлениями дисфории ($\chi^2 = 20,228$; $p < 0,001$; $OR = 7,710$) и обратную связь с наличием тревоги ($\chi^2 = 4,882$; $p = 0,027$; $OR = 0,269$). Таким образом, для возникновения и проявления агрессии наибольший риск имела комбинация симптомов ПТСР, особенно повышенной реактивности и возбудимости, и специфических изменений личности, развившихся в связи с воздействием боевых стресс-факторов.

4.3. Неблагоприятные факторы в анамнезе и их связь с проявлениями ПТСР и коморбидными психическими расстройствами

Изучение условий, в которых ветераны выполняли боевые задачи, а также их непосредственных, ближайших медицинских и психологических последствий, позволил выделить группу факторов боевой обстановки. Так же в анамнезе части ветеранов прослеживались обстоятельства, которые могут иметь предрасполагающее значение для возникновения, развития и затяжного течения психических нарушений – злоупотребление алкоголем до войны и в период боевых действий, наследственная отягощенность психическими расстройствами, психотравмирующие обстоятельства мирного времени, судимость и отбывание наказаний.

Результаты анализа сопряженности, представленные в таблице 4.3.1. и на рисунке 4.6. иллюстрирует то, что боевые факторы риска, прослеженные в отдаленном военном анамнезе ветеранов боевых действий в Афганистане и на постсоветском пространстве, остаются взаимосвязанными и образуют ту же, что и в ближайший период после войны, основную детерминанту боевой психической патологии. Она включает непосредственное участие в боях, контузии, ранения и увечья. Также ее маркёром выступают госпитализации в зоне боевых действий.

Таблица 4.3.1. Сопряженность между собой неблагоприятных факторов в анамнезе у ветеранов боевых действий (таблицы сопряженности*)

Факторы развития психических расстройств	Участие в боях (n = 132)		Не участвовали в боях (n = 119)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ЧМТ в боевой зоне (106)	84	63,6	22	18,5	52,290	< 0,001	7,716
Ранение (47)	45	34,1	2	1,7	43,195	< 0,001	30,259
Увечье (15)	15	11,4	0	0,0	14,382	< 0,001	-
РБС в анамнезе (40)	35	26,5	5	4,2	23,259	< 0,001	8,227
Госпитализация в период боевых действий (102)	78	59,1	24	20,2	39,302	< 0,001	5,718
Вражеский плен (4)	4	3,0	0	0,0	3,664	0,056	-

Продолжение таблицы 4.3.1.

Факторы развития психических расстройств	Ранения (n = 47)		Нет ранений (n = 204)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ЧМТ в боевой зоне (106)	35	74,5	71	34,8	24,633	< 0,001	5,464
Увечье (n = 15)	14	29,8	1	0,5	58,351	< 0,001	86,121
РБС в анамнезе (40)	14	29,8	26	12,7	8,281	0,004	2,904
Госпитализация в период боевых действий (102)	45	95,7	57	27,9	72,798	< 0,001	58,026
Алкоголизация в период боевых действий (26)	11	23,4	15	7,4	10,599	0,001	3,850
	ЧМТ на фронте (n = 106)		ЧМТ не было (n = 145)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Увечье (n = 15)	11	10,4	4	2,8	6,326	0,012	4,082
Госпитализация в период боевых действий (102)	76	71,7	26	17,9	73,383	< 0,001	11,595
Алкоголизация до войны (15)	2	1,9	13	9,0	5,461	0,019	0,195
	Увечье (n = 15)		Увечий нет (n = 236)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
РБС в анамнезе (40)	5	33,3	35	14,8	3,604	0,058	2,871
Госпитализация с передовой (102)	15	100,0	87	36,9	23,304	< 0,001	-
Алкоголизация в период боевых действий (26)	4	26,7	22	9,3	4,569	0,033	3,537
Вражеский плен (n = 4)	2	13,3	2	0,8	14,020	< 0,001	18,000
	Алкоголизация в период боевых действий (n = 26)		Алкоголизации в боевой зоне не было (n = 225)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Психотравмы мирного времени (n = 79)	3	11,5	76	33,8	5,345	0,021	0,256
Злоупотребление алкоголем до войны (n = 15)	5	19,2	10	4,4	9,069	0,003	5,119
Вражеский плен (n = 4)	2	7,7	2	0,9	6,879	0,009	9,292
	РБС (n = 40)		РБС не было (n = 211)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 132)	35	87,5	97	46,0	23,259	< 0,001	8,227
Ранение (47)	14	35,0	33	15,6	8,281	0,004	2,904
Вражеский плен (4)	4	10,0	0	0,0	21,442	< 0,001	1,111
	Вражеский плен (n = 4)		В плену не были (n = 247)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (n = 132)	4	100,0	128	51,8	3,664	0,056	-
Психические травмы мирного времени (n = 79)	3	75,0	76	30,8	3,570	0,059	6,750
ЧМТ в мирное время (35)	2	50,0	33	13,4	4,404	0,036	6,485

* указаны ассоциации, показавшие значимую связь.

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Неблагоприятные факторы мирного времени – наследственная отягощенность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, черепно-мозговые травмы, судимость, у ветеранов

прошлых военных конфликтов, в отличие от группы недавних участников боевых действий, не показали взаимной сопряженности, оказывают влияние изолированно. Причем многие из учтенных факторов мирного времени вовсе не связаны с симптомами ПТСР.

Установленный диагноз ПТСР показал сопряженность со многими факторами, воздействующими на военнослужащего во время военных действий: с непосредственным участием в боях, полученными ранениями, увечьями, перенесенными РБС и употреблением алкоголя в боевой зоне, но не имел ассоциаций ни с одним из факторов мирной обстановки (Таблица 4.3.2.).

Регрессионный анализ вероятности постановки диагноза ПТСР в зависимости от имеющихся в анамнезе у ветеранов боевых действий различных факторов риска мирного и военного времени, не выявил среди них надежных предикторов диагностики ($R^2 = 0,407$, $\chi^2 = 4,736$, $p = 0,692$; 94,0%).

Таблица 4.3.2. Неблагоприятные факторы в анамнезе ветеранов с диагностированным ПТСР и ветеранов, которые не обнаруживали каких-либо признаков ПТСР

Факторы	Диагноз ПТСР (n = 14)		Нет симптомов ПТСР (n = 119)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (59)	11	78,6	48	40,3	7,419	0,006	5,424
Ранение (23)	5	35,7	18	15,1	3,712	0,054	3,117
ЧМТ в боевой зоне (47)	6	42,9	41	34,5	0,387	0,534	1,427
Пребывание в плену (0)	0	0,0	0	0,0	-	-	-
Увечье (5)	2	14,3	3	2,5	4,792	0,029	6,444
РБС в анамнезе (19)	6	42,9	13	10,9	10,431	< 0,001	6,115
Госпитализация в период боевых действий (47)	7	50,0	40	33,8	1,472	0,225	1,975
Алкоголизация на войне (17)	4	28,6	13	10,9	3,499	0,061	3,262
Факторы мирного времени							
ЧМТ в мирное время (13)	0	0,0	13	10,9	1,695	0,193	0,891
Психотравмирующие ситуации мирного времени (30)	4	28,6	26	21,8	0,324	0,569	1,431
Судимость (0)	0	0,0	0	0,0	-	-	-
Наследственная отягощенность (9)	0	0,0	9	7,6	1,136	0,287	0,924
Злоупотребление алкоголем до войны (13)	2	14,3	11	9,2	0,361	0,548	1,636

χ^2 – значение Критерия Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Наличие симптомов их числа облигатных признаков ПТСР показало сопряженность почти со всеми учтенными нами факторами военного времени: с участием в боях, пребыванием в плену боевиков, с полученными контузиями, увечьями, а также с такими обстоятельствами

военного анамнеза, как употребление спиртных напитков, перенесенные РБС, эвакуация в медучреждения, развернутые в зоне ведения боевых действий (Таблица 4.3.3.).

Анализ вероятности выявления симптомов ПТСР при наличии в анамнезе у ветеранов различных факторов риска мирного и военного времени показал, что симптомы ПТСР чаще обнаруживаются, когда ветеран участвовал в боях ($W = 4,375$; $p = 0,036$; $OR = 2,063$), а также, если у него имели место психотравмирующие ситуации мирного времени ($W = 7,407$; $p = 0,006$; $OR = 2,301$). При этом модель множественной логистической регрессии относительно устойчива и позволяет строить прогноз лишь на 61% ($R^2 = 0,390$, $\chi^2 = 10,627$, $p = 0,224$; Общая процентная доля = 61,0%).

Таблица 4.3.3. Неблагоприятные факторы в анамнезе ветеранов с симптомами ПТСР

Факторы	Симптомы ПТСР (n = 132)		Нет симптомов ПТСР (n = 119)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (132)	84	63,6	48	40,3	13,627	< 0,001	2,589
Ранение (47)	29	22,0	18	15,1	1,926	0,165	1,580
Контузии (106)	65	49,2	41	34,5	5,610	0,018	1,846
Пребывание в плену или заложниках (4)	4	3,0	0	0,0	3,664	0,056	-
Увечье (15)	12	9,1	3	2,5	4,807	0,028	3,867
РБС в анамнезе (40)	27	20,5	13	10,9	4,243	0,039	2,097
Госпитализация в период боевых действий (102)	62	47,0	40	33,6	4,628	0,031	1,749
Алкоголизация на войне (26)	13	9,8	13	10,9	0,078	0,780	0,891
Факторы мирного времени							
ЧМТ в мирное время (35)	22	16,7	13	10,9	1,720	0,190	1,631
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	53	40,2	26	21,8	9,720	0,002	2,400
Судимость (1)	1	0,8	0	0,0	0,905	0,341	1,008
Наследственная отягощенность (14)	5	3,8	9	7,6	1,694	0,193	0,481
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	4	3,0	11	9,2	4,300	0,038	0,307

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Сопоставление облигатных симптомов ПТСР с различными обстоятельствами, выясненными в анамнезе, показало наличие сопряженности преимущественно с составляющими комплекса боевых стресс-факторов (Таблица 4.3.4.). В частности, симптомы повторного переживания травмы имели прямую связь с участием в боях, перенесенными РБС, а также имели значимую прямую связь с психотравмирующими ситуациями мирного времени. Избегание показало прямые ассоциации с участием в боях, пленом и перенесенными РБС. Ожидание опасности отличается наличием значимой связи только с участием в боях. Повышенная возбудимость – с участием в боях, ранениями и контузиями. Изменения личности

показало прямые ассоциации с наиболее широким набором боевых факторов – собственно участием в боях, пленом, перенесенными контузиями и РБС, полученными увечьями, а также с провоцирующими стрессорами мирного времени. Эмоциональное онемение обнаружило связь с пребыванием в плену.

Таблица 4.3.4. Неблагоприятные факторы в анамнезе ветеранов с отдельными кластерами симптомов ПТСР (приведены статистически значимые связи)

Факторы	Интрузия (n = 53)		Интрузии нет (n = 198)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (132)	36	67,9	96	48,5	6,337	0,012	2,250
РБС в анамнезе (40)	17	32,1	23	11,6	13,063	< 0,001	3,593
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	27	50,9	52	26,3	11,808	< 0,001	2,916
Наследственность (14)	0	0,0	14	7,1	3,969	0,046	0,929
	Избегание (n = 28)		Избегания нет (n = 223)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (132)	22	78,6	110	49,3	8,533	0,003	3,767
Пребывание в плену (4)	2	7,1	2	0,9	6,188	0,013	8,500
РБС в анамнезе (40)	11	39,3	29	13,0	12,826	< 0,001	4,329
	Ожидание опасности (n = 28)		Ожидания опасности нет (n = 28)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	11	84,6	121	50,8	5,640	0,018	5,318
	Возбудимость (n = 109)		Возбудимости нет (n = 142)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (132)	72	66,1	60	42,3	14,011	< 0,001	2,659
Ранения (47)	27	24,8	20	14,1	4,627	0,031	2,009
ЧМТ на войне (106)	56	51,4	50	35,2	6,605	0,010	1,944
Госпитализация в период боевых действий (102)	53	48,6	49	35,4	5,094	0,024	1,796
Факторы мирного времени							
Алкоголизация до войны (15)	3	2,8	12	8,5	3,564	0,059	0,307

Продолжение таблицы 4.3.4.

	Изменения личности (n = 74)		Изменений личности нет (n = 177)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Участие в боях (132)	57	77,0	75	42,4	25,134	< 0,001	4,560
Пребывание в плену (4)	4	5,4	0	0,0	9,723	0,002	-
РБС в анамнезе (40)	18	24,3	22	12,4	5,511	0,019	2,265
ЧМТ на войне (106)	40	54,1	66	37,3	6,013	0,014	1,979
Увечье (15)	8	10,8	7	4,0	4,365	0,037	2,944
<i>Факторы мирного времени</i>							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	32	43,2	47	26,6	6,739	0,009	2,107
<i>Наследственность (14)</i>	<i>1</i>	<i>1,4</i>	<i>13</i>	<i>7,3</i>	<i>3,559</i>	<i>0,059</i>	<i>0,173</i>
	Онемение (n = 9)		Онемения нет (n = 242)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Пребывание в плену (4)	1	11,1	3	1,2	5,392	0,020	9,958

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Логистическая регрессия показала следующие зависимости между отдельными облигатными симптомами ПТСР и учтенными факторами военного и мирного времени:

- выявление интрузии в отдаленном периоде после войны имеет связь с психотравмами мирного времени ($W = 4,375$; $p = 0,036$; $OR = 2,063$), модель множественной логистической регрессии устойчива, надежна и позволяет строить прогноз на 80,9% ($R^2 = 0,440$, $\chi^2 = 7,770$, $p = 0,456$; Общая процентная доля = 80,9%).
- выявление гиперреактивности (ожидания опасности) даже в отдаленном периоде обнаруживает связь только с непосредственным участием в боевых действиях ($W = 3,741$; $p = 0,053$; $OR = 5,693$), модель множественной логистической регрессии имеет высокую надежность и позволяет строить прогноз на 94,8% ($R^2 = 0,366$, $\chi^2 = 2,726$, $p = 0,950$; Общая процентная доля = 94,8%).
- выявление повышенной возбудимости даже в отдаленном периоде следует за определением в анамнезе собственно участия в боевых действиях ($W = 4,282$; $p = 0,039$; $OR = 2,040$) и наличия перенесенных в мирное время ЧМТ ($W = 4,258$; $p = 0,039$; $OR = 2,300$), при этом построенная модель имеет высокую надежность, но позволяет строить прогноз лишь на 65,3% ($R^2 = 0,357$, $\chi^2 = 3,539$, $p = 0,831$; Общая процентная доля = 65,3%).
- обнаружение изменений личности происходит преимущественно у ветеранов, имеющих в анамнезе опыт непосредственного участия в боях ($W = 14,022$; $p < 0,001$; $OR = 4,445$) и

психотравмирующие ситуации мирного времени ($W = 4,917$; $p = 0,027$; $OR = 2,085$), при этом модель имеет высокую надежность и позволяет строить прогноз на 74,9% ($R^2 = 0,450$, $\chi^2 = 1,867$, $p = 0,967$; Общая процентная доля = 74,9%).

Иными словами, наличие в клинической картине у ветеранов признаков кластеров 1, 2, 3 и 6, вне зависимости от установленного диагноза, имеет значимую связь с патогенными факторами боевой обстановки: участием в боях, перенесенными реакциями боевого стресса, попаданием в плен, получением боевых ранений и черепно-мозговой травмы, а также с психотравмирующими факторами мирного времени. При этом основными предикторами, с которыми связаны симптомы ПТСР, оказались сам по себе боевой травматический опыт и психотравмирующие обстоятельства мирного времени (Рисунок 4.7. приложения к главе 4).

Анализ сопряженности невротических нарушений с патогенными факторами мирного и военного времени представлен в таблице 4.3.5.

Таблица 4.3.5. Сопряженность неблагоприятных факторов в анамнезе ветеранов с коморбидными симптомами невротического регистра*

Факторы	Невротические симптомы (n = 182)		Невротических симптомов нет (n = 69)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	107	58,8	25	36,2	10,212	0,001	2,511
Ранение (47)	42	23,1	5	7,2	8,239	0,004	3,840
ЧМТ на войне (106)	90	49,5	16	23,2	14,144	< 0,001	3,240
Увечье (15)	14	7,7	1	1,5	3,470	0,062	5,667
Эвакуация с передовой (102)	88	48,4	14	20,3	16,332	< 0,001	3,678
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	70	38,5	9	13,0	14,987	< 0,001	4,167
Наследственность (14)	5	2,7	9	13,0	10,071	0,002	0,188
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	7	3,8	8	11,6	5,345	0,021	0,305
	Астения (n = 175)		Астении нет (n = 76)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	100	57,1	32	42,1	4,806	0,028	1,833
Ранение (47)	39	22,3	8	10,8	4,815	0,028	2,438
ЧМТ на войне (106)	85	48,6	21	27,6	9,524	0,002	2,474
Увечье (15)	14	8,0	1	1,3	4,213	0,040	6,522
Эвакуация с передовой (102)	84	48,0	18	23,7	12,987	< 0,001	2,974
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	62	35,4	17	22,4	4,191	0,041	1,904
Наследственность (14)	5	2,9	9	11,1	8,122	0,004	0,219

Продолжение таблицы 4.3.5.

Факторы	Панические атаки (n = 16)		Панических атак нет (n = 235)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
РБС в анамнезе (40)	7	43,8	33	14,0	9,868	0,002	4,761
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	10	62,5	69	29,4	7,627	0,006	4,010
	Ипохондрия (n = 39)		Ипохондрии нет (n = 212)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	27	69,2	105	49,5	5,129	0,024	2,293
Пребывание в плену (4)	3	7,7	1	0,5	10,951	< 0,001	17,583
Ранения (47)	13	33,3	34	16,0	6,475	0,011	2,618
Увечье (15)	5	12,8	10	4,7	3,850	0,050	2,971
Эвакуация с передовой (102)	25	64,1	77	36,3	10,539	0,001	3,131
	Демонстративность (n = 19)		Демонстративности нет (n = 232)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Пребывание в плену (4)	2	10,5	2	0,9	10,459	0,001	13,529
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	13	68,4	66	28,4	13,010	< 0,001	5,449
	Диссоциативные симптомы (n = 9)		Диссоциативных симптомов нет (n = 242)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	8	88,9	124	51,2	4,933	0,026	7,613
Пребывание в плену (4)	2	22,2	2	0,8	25,330	< 0,001	34,286
Ранения (47)	4	44,4	43	17,8	4,057	0,044	3,702
Увечье (15)	2	22,2	13	5,4	4,385	0,036	5,033
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	7	77,8	72	29,8	9,279	0,002	8,264
Факторы	Соматоформные симптомы (n = 24)		Соматоформных симптомов нет (n = 227)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Пребывание в плену (4)	3	12,5	1	0,4	20,128	< 0,001	32,286
РБС в анамнезе (40)	9	37,5	31	13,7	9,211	0,002	3,794
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	16	66,7	63	27,8	15,239	< 0,001	5,206

* приведены статистически значимые связи

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

В целом расстройства невротического круга и, в частности, астенические нарушения, панические приступы, диссоциативные симптомы, показали прямую ассоциацию с теми же факторами военного и мирного времени, что и облигатные симптомы ПТСР. За исключением

ипохондрии, все симптомы невротического регистра оказались напрямую связаны с актуальными психотравмирующими ситуациями мирного времени. Среди частных вариантов нарушений невротического круга выделяется демонстративная манера предъявления жалоб и видимых признаков болезни – среди факторов военного времени она показала сильную ассоциацию только с прошлым пребыванием в плену или заложниках и с текущими психотравмирующими обстоятельствами.

Анализ вероятности выявления невротических симптомов при наличии в анамнезе у ветеранов различных факторов риска мирного и военного времени показал, что расстройства невротического регистра чаще диагностируются у ветеранов при наличии актуальной психотравмирующей ситуации ($W = 10,490$; $p < 0,001$; $OR = 3,857$), а также, если в анамнезе отсутствуют данные о наследственной отягощенности психическими расстройствами ($W = 5,726$; $p = 0,017$; $OR = 0,177$). Данная модель множественной логистической регрессии устойчива, надежна и позволяет строить прогноз на 76,5% ($R^2 = 0,518$, $\chi^2 = 3,716$, $p = 0,812$; Общая процентная доля = 76,5%).

Логистическая регрессия показала следующие зависимости между отдельными невротическими расстройствами и учтенными факторами военного и мирного времени:

- выявление астенической симптоматики следовало при отсутствии в анамнезе наследственной отягощенности психическими расстройствами ($W = 5,129$; $p = 0,024$; $OR = 0,234$) при надежности модели и вероятности прогноза равной 71,7% ($R^2 = 0,390$, $\chi^2 = 5,071$, $p = 0,651$; Общая процентная доля = 80,9%).
- из учтенных обстоятельств единственным предиктором выявления панических приступов оказалось наличие актуальной психотравмирующей ситуации ($W = 4,061$; $p = 0,044$; $OR = 1,033$), модель множественной логистической регрессии надежна и позволяет строить прогноз на 93,6% ($R^2 = 0,409$, $\chi^2 = 5,912$, $p = 0,550$; Общая процентная доля = 93,6%).
- ипохондрия показала связь с фактом госпитализации в период боевых действий ($W = 4,830$; $p = 0,028$; $OR = 2,922$), построенная модель имеет высокую надежность и позволяет строить прогноз на 85,3% ($R^2 = 0,365$, $\chi^2 = 5,263$, $p = 0,729$; Общая процентная доля = 85,3%).
- единственный предиктор демонстративного поведения – это наличие актуальной психотравмирующей ситуации ($W = 8,514$; $p = 0,004$; $OR = 5,188$), модель устойчива и позволяет строить прогноз на 92,8% ($R^2 = 0,373$, $\chi^2 = 8,197$, $p = 0,315$; Общая процентная доля = 92,8%).
- единственный предиктор соматоформных нарушений – наличие актуальной психотравмирующей ситуации ($W = 9,532$; $p = 0,002$; $OR = 5,013$), модель устойчива и

позволяет строить прогноз на 91,2% ($R^2 = 0,430$, $\chi^2 = 10,306$, $p = 0,244$; Общая процентная доля = 91,2%).

На основе имеющихся факторов логистическая регрессия не позволила построить устойчивой модели прогноза диссоциативных нарушений ($R^2 = 0,623$, $\chi^2 = 21,990$, $p = 0,005$; Общая процентная доля = 97,2%).

С комплексом факторов боевой обстановки и текущими психотравмирующими ситуациями оказались ассоциированы эмоциональные нарушения и, в частности, проявления тревоги и депрессии. Однако тяжелая депрессивная симптоматика с идеаторной и двигательной заторможенностью оказалась ассоциирована только с психотравмирующими обстоятельствами мирного времени. Дисфория показала прямую связь с пребыванием в плену, полученными на войне увечьями и ЧМТ, полученными в мирное время (Таблица 4.3.6.).

Таблица 4.3.6. Связь неблагоприятных факторов в анамнезе ветеранов с коморбидными симптомами эмоционального регистра*

	Эмоциональные нарушения (n = 148)		Эмоциональных нарушений нет (n = 101)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Участие в боях (132)	91	60,7	41	40,6	9,754	0,002	2,257
РБС в анамнезе (40)	30	20,0	10	9,9	4,595	0,032	2,275
ЧМТ на войне (106)	72	48,0	34	33,7	5,085	0,024	1,819
Эвакуация с передовой (102)	71	47,3	31	30,7	6,928	0,008	2,029
<i>Факторы мирного времени</i>							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	65	43,3	14	13,9	24,308	< 0,001	4,752
	Тревога (n = 79)		Тревоги нет (n = 172)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Участие в боях (132)	50	63,6	82	47,7	5,295	0,021	1,892
РБС в анамнезе (40)	18	22,8	22	12,8	4,036	0,045	2,012
<i>Факторы мирного времени</i>							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	40	50,6	39	22,7	19,620	< 0,001	3,498
Наследственность (14)	1	1,3	13	7,6	4,070	0,044	0,157
	Депрессия (n = 128)		Депрессии нет (n = 123)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Участие в боях (132)	78	60,9	54	43,9	7,301	0,007	1,993
ЧМТ на войне (106)	62	48,4	44	35,8	4,124	0,042	1,687
Алкоголизация на фронте (26)	8	6,3	18	14,6	4,748	0,029	0,389
<i>Факторы мирного времени</i>							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	56	43,8	23	18,7	18,251	< 0,001	3,382

Продолжение таблицы 4.3.6.

	Дисфория (n = 128)		Дисфории нет (n = 123)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Пребывание в плену (4)	2	9,5	2	0,9	9,190	0,002	12,000
Увечье (15)	4	19,0	11	4,8	6,969	0,008	4,684
<i>Факторы мирного времени</i>							
ЧМТ в мирное время (35)	6	28,6	29	12,6	4,086	0,043	2,772
	Депрессия тяжелая (n = 11)		Тяжелой депрессии нет (n = 240)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
РБС в анамнезе (40)	4	36,4	36	15,0	3,583	0,058	3,238
<i>Факторы мирного времени</i>							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	7	63.6	72	30,0	5,517	0,019	4,083

* приведены статистически значимые связи

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ вероятности выявления эмоциональных расстройств при наличии в анамнезе у ветеранов различных факторов риска мирного и военного времени показал, что расстройства эмоциональной сферы обычно диагностируются у ветеранов при наличии актуальной психотравмирующей ситуации ($W = 17,403$; $p < 0,001$; $OR = 4,269$). Построенная модель логистической регрессии умеренно устойчива и позволяет строить прогноз на 70,1% ($R^2 = 0,439$, $\chi^2 = 7,789$, $p = 0,352$).

Логистическая регрессия показала следующие зависимости между отдельными эмоциональными нарушениями и учтенными факторами военного и мирного времени:

- возникновение тревоги отмечалось у ветеранов, в прошлом принимавших непосредственное участие в боях ($W = 4,305$; $p = 0,038$; $OR = 2,216$), на фоне актуальной психотравмирующей ситуации мирного времени ($W = 14,793$; $p < 0,001$; $OR = 3,335$). Построенная модель имеет высокую устойчивость, надежность с вероятностью прогноза 70,1% ($R^2 = 0,395$, $\chi^2 = 3,328$, $p = 0,862$).
- из учтенных обстоятельств единственным возможным предиктором депрессивной симптоматики выступает актуальная психотравмирующая ситуация ($W = 13,751$; $p < 0,001$; $OR = 3,161$), однако модель имеет невысокую устойчивость и позволяет строить прогноз всего на 63,7% ($R^2 = 0,376$, $\chi^2 = 17,281$, $p = 0,027$).

Среди учтенных факторов не оказалось ни одного предиктора тяжелой депрессии с заторможенностью ($R^2 = 0,467$, $\chi^2 = 3,580$, $p = 0,827$) и дисфории ($R^2 = 0,453$, $\chi^2 = 3,481$, $p = 0,837$; Общая процентная доля = 92,2%).

Органические психические нарушения (ослабление памяти, инертность психических процессов, эпилептические припадки) показали ассоциацию с черепно-мозговыми травмами, которые ветераны переносили в мирное, а чаще в военное время, а также с сопутствующими ранениями и увечьями (Таблица 4.3.7.).

Таблица 4.3.7. Связь неблагоприятных факторов в анамнезе ветеранов с коморбидными проявлениями органической психической патологии*

	Органические психические нарушения (n = 148)		Органических психических нарушений нет (n = 101)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Пребывание в плену (4)	4	3,3	0	0,0	4,230	0,040	1,034
ЧМТ на войне (106)	62	50,4	44	34,4	6,608	0,010	1,940
Увечье (15)	11	8,9	4	3,1	3,779	0,052	3,045
Эвакуация с передовой (102)	60	48,8	42	32,8	6,630	0,010	1,950
<i>Факторы мирного времени</i>							
ЧМТ в мирное время (35)	26	21,1	9	7,0	10,402	0,001	3,544
	Эпи-припадки (n = 21)		Припадков нет (n = 230)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
ЧМТ на войне (106)	14	66,7	92	40,0	5,609	0,018	3,000
<i>Факторы мирного времени</i>							
ЧМТ в мирное время (35)	7	33,3	28	12,2	7,180	0,007	3,607
<i>Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)</i>	2	9,5	77	33,5	5,120	0,024	0,209
	Нарушения памяти (n = 79)		Нарушений памяти нет (n = 172)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
<i>РБС в анамнезе (40)</i>	7	8,9	33	19,2	4,308	0,038	0,410
ЧМТ на войне (106)	41	51,9	65	37,8	4,417	0,036	1,776
Увечье (15)	9	11,4	6	3,5	6,019	0,014	3,557
<i>Факторы мирного времени</i>							
ЧМТ в мирное время (35)	19	24,1	16	9,3	9,813	0,002	3,088
<i>Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)</i>	16	20,3	63	36.6	6,730	0,009	0,439

Продолжение таблицы 4.3.7.

	Инертность мышления (n = 97)		Инертности мышления нет (n = 154)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Факторы военного времени</i>							
Пребывание в плену (4)	4	4,1	0	0,0	6,453	0,011	1,043
Ранение (47)	24	24,7	23	14,9	3,761	0,052	1,873
ЧМТ на войне (106)	54	55,7	52	33,8	11,704	< 0,001	2,463
Увечье (15)	11	11,3	4	2,6	8,096	0,004	4,797
Эвакуация с передовой (102)	52	53,6	50	32,5	11,026	< 0,001	2,404
<i>Факторы мирного времени</i>							
ЧМТ в мирное время (35)	23	23.7	12	7,9	12,568	< 0,001	3,678

* приведены статистически значимые связи

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Анализ вероятности выявления органической психической патологии по наличию факторов риска мирного и военного времени показал, что симптомы органического поражения центральной нервной системы у ветеранов возникают после ЧМТ, перенесенных уже в мирное время ($W = 5,736$; $p = 0,017$; $OR = 2,810$). Модель логистической регрессии устойчива и позволяет строить прогноз на 64,9% ($R^2 = 0,344$, $\chi^2 = 6,798$, $p = 0,559$; Общая процентная доля = 64,9%).

Логистическая регрессия показала следующие зависимости между выявлением частных признаков органической психической патологии и учтенными факторами военного и мирного времени (Рисунок 4.8.):

- предикторами ослабления памяти являлись ЧМТ, полученные в мирное время ($W = 4,054$; $p = 0,044$; $OR = 2,249$), пережитый в прошлом вражеский плен ($W = 4,771$; $p = 0,029$; $OR = 19,855$) при отсутствии в настоящее время актуальных психотравмирующих ситуаций ($W = 7,769$; $p = 0,005$; $OR = 0,368$) и перенесенных в период участия в боевых действиях психогенных реакций ($W = 4,193$; $p = 0,041$; $OR = 0,293$). Построенная модель имеет высокую устойчивость, надежность с вероятностью прогноза 72,5% ($R^2 = 0,391$, $\chi^2 = 6,188$, $p = 0,626$; Общая процентная доля = 72,5%).
- единственным установленным предиктором инертности мышления оказалась перенесенная в мирное время ЧМТ ($W = 8,361$; $p = 0,004$; $OR = 3,317$) при высокой устойчивости модели и прогнозе 68,5% ($R^2 = 0,280$, $\chi^2 = 2,382$, $p = 0,936$; Общая процентная доля = 68,5%).

Среди учтенных факторов не оказалось ни одного предиктора эпилептических припадков ($R^2 = 0,416$, $\chi^2 = 4,975$, $p = 0,760$; 91,2%).

Диагностированная шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства сопряжены с перенесенными РБС (многие из которых представляли собой манифестные эпизоды) и с

наследственной отягощенностью психическими расстройствами, а также имеют обратную связь с психотравмирующими ситуациями мирного времени (Таблица 4.3.8.).

Таблица 4.3.8. Связь неблагоприятных факторов в анамнезе ветеранов с другими коморбидными психическими расстройствами и расстройствами поведения*

	Шизофрения или др. бредовые расстройства (n = 15)		Шизофрении и бредовых расстройств нет (n = 236)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
РБС в анамнезе (40)	7	46,7	33	14,0	11,246	< 0,001	5,383
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	1	6,7	78	33,1	4,552	0,033	0,145
Наследственность (14)	7	46,7	7	3,0	51,142	< 0,001	28,625
	Алкогольная зависимость и злоупотребление (n = 133)		Злоупотребления алкоголем нет (n = 118)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
РБС в анамнезе (40)	12	9,0	28	23,7	10,094	0,001	0,319
Алкоголизация на войне (26)	19	14,3	7	5,9	4,699	0,030	2,643
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	33	24,8	46	39,0	5,822	0,016	0,517
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	15	11,3	0	0,0	14,154	< 0,001	-
	Алкогольная зависимость (n = 103)		Алкогольной зависимости нет (n = 148)				
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
РБС в анамнезе (40)	8	7,8	32	21,6	8,702	0,003	0,305
Алкоголизация на войне (26)	16	15,5	10	6,8	5,039	0,025	2,538
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	16	15,5	63	42,6	20,579	< 0,001	0,248
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	15	14,6	0	0,0	22,923	< 0,001	-
	Суицидальные попытки (n = 5)		Суицидальных попыток нет (n = 246)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Пребывание в плену (4)	1	20,0	3	1,2	11,021	< 0,001	20,250
	Агрессивность (n = 25)		Агрессии нет (n = 226)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	18	72,0	114	50,4	4,196	0,041	2,526
Пребывание в плену (4)	2	8,0	2	0,9	7,266	0,007	9,739

* приведены статистически значимые связи

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Чрезмерное употребление алкоголя ветеранами и, в частности, случаи клинически выраженной зависимости оказались напрямую ассоциированными с довоенным пристрастием к алкоголю и пьянством в период боевых действий, тогда как с перенесенными РБС и с психотравмирующими обстоятельствами мирного времени они показали обратную связь (Таблица 4.3.8.).

Суицидальные попытки, совершенные ветеранами, показали прямую связь только с пребыванием в плену у противника.

Среди всего комплекса факторов военного и мирного времени, которые прослеживались в анамнезе ветеранов, с агрессивностью оказались сопряжены лишь непосредственное участие в боях ($\chi^2 = 4,196$; $p = 0,041$; OR = 2,526) и пребывание в плену ($\chi^2 = 7,256$; $p = 0,007$; OR = 9,739).

Логистическая регрессия установила те же предикторы шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств – наследственную отягощенность психическими расстройствами ($W = 14,318$; $p < 0,001$; OR = 31,775), перенесенные РБС ($W = 9,262$; $p = 0,002$; OR = 30,442) и отсутствие актуальных психотравмирующих ситуаций ($W = 3,673$; $p = 0,055$; OR = 0,113) при устойчивости и надежности модели, которая прогнозирует 95,6% ($R^2 = 0,713$, $\chi^2 = 3,140$, $p = 0,925$; Общая процентная доля = 95,6%). То есть шизофрения и большинство психотических расстройств, по нашим данным, имеют в своей основе наследственные факторы, развиваются у ветеранов, которые переносили манифестные эпизоды в период боевых действий, и не показывают связи с боевыми травматическими стрессорами и психогениями мирного времени.

Наличие алкогольной проблемы – зависимости от алкоголя или употребления алкоголя с вредными последствиями – показало прямую ассоциацию со злоупотреблением спиртным в довоенное время и в период боевых действий, а также обратную связь с психогенными реакциями боевой обстановки и психотравмирующими ситуациями мирного времени. Точно такие же ассоциации показали и случаи установленной алкогольной зависимости – диагностированной и коморбидной другими психическим нарушениям.

Логистической регрессией предикторами всех форм злоупотребления алкоголем были установлены употребление спиртного во время участия в боевых действиях ($W = 3,995$; $p = 0,046$; OR = 3,166), полученные увечья ($W = 4,567$; $p = 0,033$; OR = 4,931) и отсутствие в военном анамнезе РБС ($W = 9,110$; $p = 0,003$; OR = 0,235). Модель показала устойчивость с прогнозом 63,7% ($R^2 = 0,428$, $\chi^2 = 2,730$, $p = 0,950$; Общая процентная доля = 63,7%). Предиктором выявленной алкогольной зависимости оказалось только полученное в военное время увечье ($W = 5,093$; $p = 0,024$; OR = 5,447) при отсутствии перенесенных РБС ($W = 6,980$; $p = 0,008$; OR = 0,216) и психотравмирующих ситуаций мирного времени ($W = 14,546$; $p < 0,001$;

OR = 0,256) с высокой устойчивостью построенной модели ($R^2 = 0,428$, $\chi^2 = 2,730$, $p = 0,950$; Общая процентная доля = 63,7%).

С суицидальными попытками из всего разнообразия неблагоприятных обстоятельств анамнеза значимую прямую связь показали лишь сведения о пленении и пребывании в заложниках. Однако построенная устойчивая модель логистической регрессии среди учтенных факторов не установила ни одного предиктора суицидального поведения ($R^2 = 0,497$, $\chi^2 = 3,402$, $p = 0,907$; Общая процентная доля = 98,0%).

Агрессивность показала прямую связь с непосредственным участием ветерана в боевых действиях и с пребыванием его в плену. Анализ сопряженности подкрепляется устойчивой моделью логистической регрессии ($R^2 = 0,397$, $\chi^2 = 4,562$, $p = 0,803$; Общая процентная доля = 90,8%), которая предикторами агрессивности определила участие в боях ($W = 4,578$; $p = 0,032$; OR = 3,600) и пребывание во вражеском плену ($W = 4,364$; $p = 0,037$; OR = 22,142).

4.4. Диагностика психических расстройств у ветеранов боевых действий

Выше подробно представлены облигатные и факультативные симптомы, с наличием или отсутствием которых сопряжена диагностика ПТСР (Таблицы 4.2.6. и 4.2.7.). Они ясно указывают на то, что диагностика ПТСР определяется наличием основных признаков – интрузии, избегания и ожидания опасности, тогда как наличие или отсутствие других психических нарушений не имеет решающего значения. По данным логистической регрессии, предикторами установки диагноза ПТСР среди всех основных симптомов-признаков и факультативных симптомов становятся лишь феномены интрузии ($W = 11,531$; $p < 0,001$; OR = 24,834) и ожидания опасности ($W = 10,675$; $p = 0,001$; OR = 18,087), при устойчивости модели и прогнозировании 94,4% вариантов ($R^2 = 0,606$, $\chi^2 = 1,251$, $p = 0,870$; Общая процентная доля = 94,4%).

4.4.1. Диагностика невротических расстройств

В сравнении с ПТСР, иначе обстоит дела с диагнозом невротических расстройств. Его установке не противоречит проявление отдельных облигатных признаков ПТСР. В частности, диагностированные невротические расстройства и расстройства адаптации показали прямую ассоциацию с наличием таким симптомов ПТСР, как проявления интрузии, эмоционального онемения и изменений личности (Таблица 4.4.1.). Однако главным условием становится наличие других симптомов, факультативных по отношению к стрессовым расстройствам, но

типичных для других невротических состояний. Диагноз невротического расстройства показал прямую сопряженность с выявлением астенической, тревожно-невротической, ипохондрической симптоматики и соматоформных нарушений. То есть, установку диагноза других невротических расстройств определяло преобладание в картине болезненного состояния ветерана невротических нарушений – тревожно-фобических, соматоформных и ипохондрических – даже при наличии отдельных признаков ПТСР. Само собой, признаки психоорганического синдрома, в том числе инертность мышления и ослабление памяти, а также признаки зависимости от алкоголя свидетельствовали против невротического расстройства.

Таблица 4.4.1. Сопряженность диагноза невротического расстройства с различными психопатологическими симптомами (таблицы сопряженности*)

Симптомы ПТСР	Диагноз невротического р-ва установлен (n = 51)		Диагноз невротического р-ва не установлен (n = 200)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Интрузия (53)	18	35,3	35	17,5	7,725	0,005	2,571
Эмоциональное онемение (9)	6	11,8	3	1,5	12,385	< 0,001	8,756
Изменения личности (74)	21	41,2	53	26,5	4,210	0,040	1,942
Невротические симптомы и симптомокомплексы (182)	48	94,1	134	67,0	14,992	< 0,001	7,881
Астеническая симптоматика (175)	44	86,3	131	65,5	8,308	0,004	3,311
Панические приступы (16)	9	17,6	7	3,5	13,628	< 0,001	5,908
Ипохондрия (39)	13	25,5	26	13,0	4,831	0,028	2,289
Соматоформные симптомы (24)	12	23,5	12	6,0	14,440	< 0,001	4,821
Симптомы эмоциональных расстройств (150)	44	86,3	105	53,0	18,710	< 0,001	5,574
Тревога (79)	28	54,9	51	25,5	16,288	< 0,001	3,557
Гипотимия (депрессия) (128)	38	74,5	90	45,0	14,161	< 0,001	3,573
<i>Симптомы органической психической патологии (123)</i>	<i>11</i>	<i>21,6</i>	<i>112</i>	<i>56,0</i>	<i>19,278</i>	< 0,001	<i>0,216</i>
<i>Ослабление памяти (79)</i>	<i>1</i>	<i>2,0</i>	<i>78</i>	<i>39,0</i>	<i>25,849</i>	< 0,001	<i>0,031</i>
<i>Инертность мышления (97)</i>	<i>8</i>	<i>15,7</i>	<i>89</i>	<i>44,5</i>	<i>14,229</i>	< 0,001	<i>0,232</i>
<i>Зависимость и злоупотребление алкоголем (133)</i>	<i>20</i>	<i>39,2</i>	<i>113</i>	<i>56,5</i>	<i>4,874</i>	0,027	<i>0,497</i>
<i>Алкогольная зависимость (103)</i>	<i>13</i>	<i>25,5</i>	<i>90</i>	<i>45,0</i>	<i>6,393</i>	0,011	<i>0,418</i>

* указаны значимые ассоциации.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Установление диагноза невротического расстройства показало связь с наличием в анамнезе психотравмирующих ситуаций (χ^2 , = 45,402; < 0,001; OR = 8,763) которые напрямую не были связаны с боевым прошлым. Среди психотравмирующих обстоятельств у ветеранов чаще всего отмечались тяготы военной службы 90-х и начала 2000-х годов, а также семейные

неурядицы. Боевые стресс факторы не находили отражения в сюжете эмоционально значимых переживаний ветеранов. Они сами не поднимали этой темы в жалобах и описании своего анамнеза, не проявляли видимых отрицательных эмоций при расспросе на эту тему. А если психическая травма и была в прошлом, к моменту нашего обследования переживания, связанные с ней, уже отошли на второй план, эмоции стихли, их травматический потенциал оказался исчерпан, и можно было сказать, что собственно военная травма «отзвучала». По всем этим причинам даже при наличии отдельных сохраняющихся симптомов, свойственных стрессовым расстройствам, в таких случаях врачами-психиатрами ставился диагноз невротического расстройства, отражающий не только более смешанную, чем при ПТСР, или вовсе иную невротическую психопатологическую структуру, но и связь болезненных проявлений с психологическими факторами невоенного содержания.

Различные психические расстройства, в МКБ-10 включенные в раздел F4 – «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», исключая рубрику F43.0 ПТСР, были диагностированы в 51 случае (т.е. у 20,3% всех обследованных ветеранов). На формулировку диагноза в военном госпитале существенно влияют содержание Расписания болезней (Приложения к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 4.07.2013 № 565) и термины, применяемые в нем. Например, такие диагностические рубрики МКБ-10, как паническое расстройство, соматоформное расстройство или расстройства адаптации в военной психиатрии чаще всего поглощаются общим диагностическим понятием «невротическое расстройство». Его клинко-психопатологическое содержание может раскрываться указанием на ведущий синдром или перечислением основных психических нарушений. В целях обоснования готовящегося или предполагаемого экспертного решения диагноз «невротическое расстройство» обычно дополняется функциональной характеристикой – оценкой стойкости, выраженности и влияния на способность исполнять обязанности военной службы. Примером установки такого функционального экспертного диагноза может быть клинический случай 4.9.

Сравнение психопатологической картины диагностированных невротических расстройств у ветеранов боевых действий и у военнослужащих аналогичного возраста, которые не принимали участия в боевых действиях, показало, что отличия исчерпываются наличием симптомов, типичных для ПТСР (Таблица 4.4.3.).

Однако у пациентов с диагностированными невротическими расстройствами симптомы так называемой интрузии (навязчивых воспоминаний психической травмы или реминесценций) не имели генерализованного характера или дезорганизующего влияния на текущее содержание сознания, и не оказывали влияния на поведение. Ветераны не предъявляли их в качестве

основных жалоб на здоровье и сообщали о непроизвольных воспоминаниях лишь при расспросе врача. Все пациенты отмечали постепенное угасание этих переживаний со временем после войны: воспоминания возникали все реже и становились менее эмоционально насыщенными.

Таблица 4.4.3. Психопатологическая симптоматика в выборках пациентов с установленным диагнозом невротического расстройства – у ветеранов боевых действий и военнослужащих группы сравнения, не имеющих опыта участия в военных действиях

Диагноз	Ветераны боевых действий с диагнозом невротического расстройства (n = 51)		Группа сравнения с диагнозом невротического расстройства (n = 46)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ПТСР симптомы (31)	31	60,8	0	0,0	41,094	< 0,001	-
Интрузия (18)	18	35,3	0	0,0	19,934	< 0,001	-
Избегание (6)	6	11,8	0	0,0	5,769	0,016	-
Ожидание опасности (1)	1	2,0	0	0,0	0,911	0,340	1,020
Возбудимость (47)	22	43,1	25	54,3	1,217	0,270	0,637
Эмоциональное онемение (6)	6	11,8	0	0,0	5,769	0,016	-
Изменения личности (21)	21	41,2	0	0,0	24,175	< 0,001	-
Астения (77)	44	86,3	33	71,7	3,122	0,077	2,476
Панические приступы (17)	9	17,6	8	17,4	0,001	0,974	1,018
Ипохондрия (24)	13	25,5	11	23,9	0,032	0,857	1,089
Демонстративное поведение (8)	5	9,8	3	6,5	0,344	0,557	1,558
Диссоциативные симптомы (2)	2	3,9	0	0,0	1,842	0,175	-
Соматоформные симптомы (22)	12	23,5	10	21,7	0,044	0,833	1,108
Обсессии (2)	1	2,0	1	2,2	0,005	0,941	0,900
Тревога (55)	28	54,9	27	58,7	0,142	0,707	0,857
Депрессия (75)	38	74,5	37	80,4	0,484	0,487	0,711
Дисфория (6)	5	9,8	1	2,2	2,426	0,119	4,891
Алкогольная зависимость (17)	13	25,5	4	8,7	4,720	0,030	3,592
Злоупотребление алкоголем (14)	7	13,7	7	15,2	0,044	0,835	0,886
Агрессивность (2)	2	3,9	0	0,0	1,842	0,175	1,041

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Девять пациентов сообщали, что иногда эти переживания вновь актуализируются или усиливаются на фоне текущих повседневных неприятностей, которые вызывали чувство тревоги или провоцировали астеническую симптоматику. Среди проявлений повторного переживания у ветеранов изучаемой когорты не наблюдалось таких дезорганизующих сознание и поведение пациента феноменов повторного переживания, как «флэшбэк». Эпизодическое непроизвольное, не связанное с внешней провокацией, воспоминание о психотравмирующих военных событиях описывали у себя 14 ветеранов с диагностированными невротическими расстройствами (27,4%). Они давали ему чаще всего негативную эмоциональную характеристику, но подчеркивали значительное ослабление эмоционального компонента

переживаний по мере отдаления во времени военных событий. Кроме того, реминесценции уже не занимали их сознания на сколько-нибудь продолжительное время, от них несложно было отвлечься и они уже не влияли на поступки пациентов. Поэтому такие переживания уже нельзя было отнести к навязчивым. Воспоминания о травме, спровоцированные внешними обстоятельствами мирной жизни – конфликтами или прямым напоминанием о войне – описывали у себя 18 ветеранов данной когорты (35,3%). Однако об этих своих особенностях ветераны сообщали лишь при целенаправленном расспросе и сами не считали какой-то проблемой. То есть можно сказать, что явления интрузии в группе ветеранов с диагностированными невротическими расстройствами были умеренно выраженными, можно сказать предболезненными, и, по сравнению с ветеранами, имевшими диагноз ПТСР, не определяли психического состояния и не оказывали существенного влияния на социальную адаптацию.

Симптомы 2-го кластера (избегания) также не были настолько ярко выраженными, как в случаях диагностированного ПТСР. Избегание воспоминаний и обстоятельств, напоминающих о психической травме, у больных с диагностированными невротическими расстройствами редко становилось заметным окружающим, не оказывало существенного влияния на поведение обследованных и не мешали общению. Пациенты, в основном, уклонялись от получения информации или обсуждения темы их непосредственного участия в войне, и избегание не распространялось на другие сложные аспекты коммуникации. Они описывали в той или иной степени эмоционально окрашенное отторжение воспоминаний о войне и обсуждения этой темы отмечали, избегание новостей, просмотра кинофильмов военной тематики также описывали те же пять ветеранов (9,8%). Вместе с тем они отмечали, что нежелание вспоминать о боевых действиях, в которых они сами принимали участие, часто сочеталось с нейтральным восприятием новостей о других боевых действиях и способностью делать профессиональные суждения. Ветераны, как правило, отмечали, что всего лишь уклоняются от обсуждения темы войны, чтобы не вовлечься в эмоциональную дискуссию и не вызвать у себя негативных чувств. Так, многие ветераны отмалчивались или переводили разговор на другие темы, когда среди непрофессионалов и непосвященных заходила речь о чём-то связанном с войной. Среди боевых товарищей они обычно чувствовали себя комфортнее, зная, что «свои не зададут лишних вопросов».

Повышенную возбудимость отмечалась у 22 ветеранов с невротическими расстройствами (43,1%). Преобладали в этой когорте проявления раздражительной слабости – они описаны у 17 человек (33,3%), тогда как черты эксплозивности описывались всего пятью

ветеранами данной когорты (9,8%). Встречаемость симптомов повышенной возбудимости в группе ветеранов и у пациентов Группы сравнения не имела значимых различий.

Появление новых не свойственных ранее черт личности разной степени выраженности при внимательном расспросе признавали у себя 21 ветеранов (41,2%). Они описывали следующие приобретенные на войне особенности своего внутреннего мира и поведения: сужение круга общения и его ограничение небольшим числом наиболее близких друзей; прекращение отношений или отдаление от людей, проявивших непонимание или разницу с ними во взглядах на жизнь; недоверчивость и скрытность; обидчивость и повышенную эмоциональную уязвимость. Таких явлений, как притупление эмоций, дуализм в оценке поведения других людей, полное ограничение круга коммуникации сослуживцами – участниками боевых действий, пациенты с диагностированными невротическими расстройствами не отмечали. Очевидно, что изменение личности у ветеранов описываемой когорты больше переживалось субъективно, чем на самом деле проявлялось в поведении. В некоторых случаях близкие ветеранов вообще не видели ничего нового в их характере после возвращения с войны, или такие изменения замечались в первые месяцы и «проходили» потом.

У ветеранов войн и военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях из Группы сравнения 2, другие симптомы невротического круга и эмоциональные нарушения описывались примерно с одинаковой частотой (Таблица 4.4.3.), и не имели значимых различий.

В когорте ветеранов невротические расстройства показали сопряженность с алкогольной зависимостью, что объясняется общей тенденцией к гиподиагностике алкоголизма среди ветеранов. Так, в случаях первой госпитализации при сочетании признаков зависимости и каких-либо симптомов невротического или эмоционального регистров предпочтение отдавалось диагнозу невротического расстройства, тогда как наркологическая патология относилась к осложнению или вовсе вуалировалась.

Подгруппа ветеранов, у которых диагностировались различные другие, кроме ПТСР, невротические расстройства, отличалась от тех, у кого диагностировано ПТСР, в основном, меньшей частотой и выраженностью проявлений стрессовых расстройств. Признаки ПТСР вообще и симптомы основных кластеров, в частности, а также изменения личности и агрессивность в подгруппе с диагностированными невротическими расстройствами встречались значимо реже (Таблица 4.4.4.). Чаще при диагностированных невротических расстройствах отмечались лишь проявления ипохондрии. Все другие невротические и эмоциональные нарушения в обеих когортах отмечались с равной частотой.

Таблица 4.4.4. Психопатологическая симптоматика в подгруппах ветеранов с установленным диагнозом невротического расстройства и с диагнозом ПТСР*

Диагноз	Ветераны с диагнозом невротического расстройства (n = 51)		Ветераны боевых действий с диагнозом ПТСР (n = 14)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>ПТСР симптомы (45)</i>	31	60,8	14	100,0	7,930	0,005	-
<i>Интрузия (30)</i>	18	35,3	12	85,7	11,236	< 0,001	0,091
<i>Избегание (14)</i>	6	11,8	8	57,1	13,385	< 0,001	0,100
<i>Ожидание опасности (7)</i>	1	2,0	6	42,9	19,119	< 0,001	0,027
<i>Возбудимость (34)</i>	22	43,1	12	85,7	7,982	0,005	0,126
<i>Изменения личности (32)</i>	21	41,2	11	78,5	6,145	0,013	0,191
<i>Ипохондрия (13)</i>	13	25,5	0	0,0	4,461	0,035	-
<i>Агрессивность (5)</i>	2	3,9	3	21,4	4,741	0,029	0,150

*приведены статистически значимые связи

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Психотравмирующие обстоятельства мирного времени – неблагоприятные ситуации на службе и в семье отличали случаи, когда устанавливался диагноз невротическое расстройство, от диагностированного ПТСР. При этом значительно реже в период участие в боевых действиях прослеживались реакции боевого стресса и частое употребление спиртных напитков (Таблица 4.4.5).

Таблица 4.4.5. Сравнение связи диагноза невротического расстройства и диагноза ПТСР с патогенными факторами военного и мирного времени (таблицы сопряженности*)

Факторы	Ветераны с диагнозом невротического расстройства (n = 51)		Ветераны боевых действий с диагнозом ПТСР (n = 14)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Перенесенные РБС (15)	9	17,5	6	42,9	3,933	0,047	0,286
Алкоголизация в период боевых действий (8)	4	7,8	4	28,6	4,373	0,037	0,213
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (40)	36	70,5	4	28,6	8,193	0,004	6,000

* указаны значимые ассоциации.

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Излагая кратко, у ветеранов с диагностированными невротическими расстройствами чаще всего обнаруживались признаки астении и аффективные нарушения легкой и умеренной тяжести. В целом клинико-психопатологическая картина невротических расстройств у ветеранов оказывалась схожей с невротическими расстройствами у военнослужащих и военных пенсионеров, которые не имели боевого опыта. Отличия находились преимущественно в

наличии симптомов, входящих в перечень критериев диагностики ПТСР – повторного переживания (интрузии), избегания и изменений личности. Однако проявления аффективной неустойчивости у ветеранов и пациентов группы сравнения с невротическими расстройствами обнаруживались примерно с равной частотой, что еще раз подтверждает их совершенно неспецифический для последствий боевого стресса характер. Также ветераны по сравнению с другими пациентами с невротическими расстройствами чаще проявляли дисфорию, хотя из-за небольшого числа таких наблюдений статистически значимых различий не получено.

Симптомы, составляющие набор облигатных признаков хронических стрессовых расстройств, в описываемой подгруппе ветеранов встречались реже, чем у больных с диагностированным ПТСР. Симптомы последствий боевого стресса имели подчиненный характер по отношению к другим невротическим и аффективным нарушениям, не выдвигались в качестве основных жалоб и лишь в незначительной мере оказывали влияние на социальное функционирование пациентов с диагностированными невротическими расстройствами.

Среди факторов, оказывавших влияние на развитие и декомпенсацию психического расстройства у пациентов с диагностированными невротическими состояниями и реакциями, наибольшее значение имели текущие психотравмирующие обстоятельства мирного времени.

Итак, в самых общих чертах, диагноз невротического расстройства устанавливался ветеранам, которые в картине болезни имеют постстрессовые симптомы, но когда эти признаки имеют разрозненный характер, т.е. не образуют целостного синдрома с различными проявлениями повторного переживания и избегания травмы, а явления повышенной реактивности не приобретают эксплозивной формы. Одновременно с этим в клинической картине преобладают астенические и эмоциональные нарушения, а также соматоформные нарушения и тревожно-фобическая симптоматика.

4.4.2. Диагностика органических психических расстройств

У ветеранов боевых действий чаще всего диагностируются органические психические расстройства. У 80 человек (30,3% всех обследованных ветеранов) были диагностированы органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга (черепно-мозговой травмой) (ОПР ЧМТ). Из них большинство – 67 человек (25,3% всех обследованных ветеранов, 83,75% ветеранов с ОПР ЧМТ) получили черепно-мозговые травмы в период участия в боевых действиях. Причем 54 пациента (20,5% всех ветеранов, 67,5% ветеранов с ОПР ЧМТ) перенесли их непосредственно в боевой обстановке – это были преимущественно минно-взрывные травмы и ранения головы. Лишь у 13 человек (4,9% всех ветеранов, 16,25% ветеранов с ОПР ЧМТ)

черепно-мозговые травмы были получены в мирное время – до или после участия в боевых действиях.

При сравнении психопатологической симптоматики у ветеранов боевых действий и военнослужащих контрольной группы, не имевшим боевого опыта, которым ставился диагноз органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга, у ветеранов чаще выявляются признаки стрессовых расстройств. Отсутствие при этом статистически значимых различий объясняется небольшим числом больных этого класса в группе сравнения и оказавшимся в ней пациентом, который наряду с последствиями ЧМТ имел симптоматику ПТСР – в автокатастрофе погибла его семья, а сам он получил тяжелую сочетанную травму. В обеих подгруппах оказалось почти с одинаковой частотой отмечались нарушения невротического и эмоционального регистров, ослабление памяти и инертность мышления. Однако у ветеранов значительно меньше было случаев тяжелых когнитивных расстройств – проявлений амнестического синдрома, ослабления интеллекта, психопатоподобных нарушений, встречалась реже и была менее выраженной аффективная неустойчивость (Таблица 4.4.6.).

Таблица 4.4.6. Психопатологические симптомы у ветеранов и в группе сравнения с диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга

Диагноз	Ветераны с диагнозом ОПР ЧМТ (n = 80)		Пациенты группы сравнения с диагнозом ОПР ЧМТ (n = 15)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Интрузия (16)	15	18,8	1	6,7	1,317	0,251	3,231
Избегание (7)	7	8,8	0	0,0	1,417	0,234	-
Ожидание опасности (5)	5	6,3	0	0,0	0,990	0,320	-
<i>Возбудимость (59)</i>	45	56,3	14	93,3	7,381	0,007	0,092
Изменения личности (26)	25	31,3	1	6,7	3,840	0,050	6,364
Астения (55)	68	85,0	15	100,0	2,575	0,109	-
Ипохондрия (21)	17	21,3	4	26,7	0,217	0,643	0,742
Диссоциативные симптомы (5)	5	6,3	0	0,0	0,990	0,320	-
Соматоформные симптомы (7)	7	8,8	0	0,0	1,417	0,234	1,096
Тревога (35)	28	35,0	7	46,7	0,739	0,390	0,615
Депрессия (58)	46	57,5	12	80,0	2,689	0,101	0,338
Дисфория (10)	8	10,0	2	13,3	0,149	0,699	0,722
Эпилептические припадки (19)	16	20,0	3	20,0	0,000	1,000	1,000
Ослабление памяти (55)	45	56,3	10	66,7	0,562	0,453	0,643
Инертность мышления (66)	54	67,5	12	80,0	0,931	0,335	0,519
<i>Выраженные интеллектуально-мнестические нарушения (14)</i>	7	8,8	7	46,7	14,453	< 0,001	0,110
Алкогольная зависимость (25)	23	28,7	2	13,3	1,548	0,213	2,623
Агрессивность (10)	9	11,3	1	6,7	0,282	0,598	1,775

ОПР ЧМТ – органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (черепно-мозговой травмой, ЧМТ); χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Меньшая частота выраженных когнитивных нарушений в подгруппе ветеранов объясняется значительной представленностью у больных, перенесших в боевой обстановке черепно-мозговую травму, симптомов стрессовых расстройств, которые усугубляли дезадаптацию еще на ранних этапах болезненного процесса. Комбинация симптомов ПТСР с умеренно выраженными когнитивными, астеническими, невротизированными и аффективными нарушениями, соответствовавшим непсихотическим органическим психическим расстройствам в связи с травмой головного мозга, предопределяли раннее обращение за медицинской помощью.

Диагноз органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга, наряду с перенесенными контузиями и ЧМТ мирного времени, показал прямую связь с такими обстоятельствами военного времени, как непосредственное участие в боях, ранения, пребывание во вражеском плену, госпитализация в период боевых действий (Таблица 4.4.7.). В действительности, все перечисленные патогенные факторы боевой обстановки ассоциированы с фактом боевой контузии, и в совокупности они отражают комплексный характер боевой психической травмы и её общий уровень тяжести в каждом таком случае.

Таблица 4.4.7. Сопряженность диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга с патогенными факторами военного и мирного времени*

Факторы	Диагноз ОНР ЧМТ (n = 80)		Другой диагноз (n = 171)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Участие в боях (132)	57	71,3	75	43,9	16,400	< 0,001	3,172
Ранение (47)	24	30,1	23	13,5	9,809	0,002	2,758
Контузии (106)	66	82,5	40	23,4	78,051	< 0,001	15,432
Пребывание в плену (4)	4	5,0	0	0,0	8,688	0,003	-
Эвакуация с передовой (102)	51	63,7	51	29,8	26,003	< 0,001	4,138
ЧМТ в мирное время (35)	22	27,5	13	7,6	17,982	< 0,001	4,610
Наследственная отягощенность (14)	1	1,3	13	7,6	4,176	0,041	0,154
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	0	0,0	15	8,8	7,464	0,006	0,912

* указаны значимые ассоциации.

ОНР ЧМТ – органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (черепно-мозговой травмой, ЧМТ)

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Диагноз органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга был установлен в 76% случаев, когда военнослужащих переносил контузии. При этом среди психопатологических проявлений, которые отличают данный диагноз, оказались признаки органической психической патологии (психоорганического синдрома) – ослабление памяти, инертность мышления, проявления аффективной неустойчивости (повышенной возбудимости), астеническая симптоматика и эпилептические припадки (Таблица 4.4.8.).

Таблица 4.4.8. Сопряженность диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга с различными психопатологическими симптомами*

Симптомы ПТСР	Диагноз ОПР ЧМТ (n = 80)		Другой диагноз (n = 171)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Симптомы ПТСР (132)	50	62,5	82	48,0	4,626	0,031	1,809
Возбудимость (109)	45	56,3	64	37,4	7,860	0,005	2,150
Невротические симптомы (182)	71	88,8	111	64,9	15,537	< 0,001	4,264
Астеническая симптоматика (175)	68	85,0	107	62,6	12,985	< 0,001	3,389
Эмоциональных расстройства (150)	55	68,8	95	55,6	3,946	0,047	1,760
Симптомы органической психической патологии (123)	63	78,8	60	35,1	41,577	< 0,001	6,856
Ослабление памяти (79)	45	56,3	34	19,9	33,421	< 0,001	5,181
Инертность мышления (97)	54	67,5	43	25,1	41,234	< 0,001	6,182
Эпилептические припадки (21)	16	20,0	5	2,9	20,729	< 0,001	8,300
Зависимость и злоупотребление алкоголем (133)	35	43,8	98	57,3	4,023	0,045	0,579
Алкогольная зависимость (103)	23	28,7	80	46,8	7,325	0,007	0,459

* указаны значимые ассоциации.

 χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Ослабление памяти проявлялось дисмнестическими нарушениями (жалобами и объективно выявляемыми затруднениями воспроизведения событий, имен собственных и дат, ухудшением памяти на текущие события). Инертность мышления характеризовалась преимущественно чрезмерной детализацией изложения жалоб и анамнеза, связанной с неспособностью разграничить главное и второстепенное. Более выраженные нарушения, как лабиринтность мышления, застревание на одной теме и итерации отмечались очень редко – у 8 человек. Снижение уровня суждений было выявлено у 35 ветеранов с ОПР ЧМТ (43,8%).

Различия частоты симптомов и синдромов невротического регистра определялось, в основном, высокой встречаемостью у ветеранов астенической симптоматики. Причем наличие астенической симптоматики находилось в обратной связи с выявлением нарушений памяти. Другие невротические расстройства в подгруппе ветеранов с органическими психическими расстройствами встречались примерно с той же частотой, что и у других пациентов.

Из всего спектра облигатных признаков стрессовых расстройств диагноз органического психического расстройства вследствие травмы головного мозга у ветеранов показал прямую ассоциацию только с повышенной возбудимостью (эмоциональной неустойчивостью) (Таблица 4.4.8.). В то же время уже подчеркнуто ранее (Таблица 4.4.6.), что частота повышенной возбудимости у ветеранов с последствиями ЧМТ отмечалась реже, чем в группе сравнения, состоявшей из военнослужащих, не имевших боевого опыта. При этом у ветеранов проявление возбудимости часто происходило в условиях воздействия ассоциированных с травматическим событием провоцирующих обстоятельств, и эмоциональная неустойчивость была

ассоциирована с другими признаками ПТСР, в том числе характерными комбатантными изменениями личности, проявлениями интрузии, ожиданием опасности (Таблица 4.4.9.; Рисунок 4.9.).

Таблица 4.4.9. Взаимные связи психопатологических симптомов у ветеранов с диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга*

Симптомы	Интрузия (n = 15)		Интрузии нет (n = 65)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Ожидание опасности (5)	3	20,0	2	3,1	5,957	0,015	7,875
Возбудимость (45)	12	80,0	33	50,8	4,232	0,040	3,879
Изменения личности (25)	9	60,0	16	24,6	7,103	0,008	4,594
Тревога (28)	10	66,7	18	27,7	8,138	0,004	5,222
Ослабление памяти (45)	4	26,7	41	63,1	6,565	0,010	0,213
	Возбудимость (n = 45)		Возбудимости нет (n = 35)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Интрузия (15)	12	26,7	3	8,6	4,232	0,040	3,879
Ожидание опасности (5)	5	11,1	0	0,0	4,148	0,042	-
Изменения личности (25)	22	48,9	3	8,6	14,895	< 0,001	10,203
Диссоциативные симптомы (5)	5	11,1	0	0,0	4,148	0,042	-
Дисфория (8)	8	17,8	0	0,0	6,914	0,009	-
Агрессивность (9)	9	20,0	0	0,0	7,887	0,005	-
	Избегание (n = 7)		Избегания нет (n = 73)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Изменения личности (25)	6	85,7	19	26,0	10,592	0,001	17,053
Ипохондрия (17)	4	57,1	13	17,8	5,906	0,015	6,154
Диссоциативные симптомы (5)	2	28,6	3	4,1	6,523	0,011	9,333
Панические атаки (5)	2	28,6	3	4,1	6,523	0,011	9,333
	Изменения личности (n = 25)		Нет изменений личности (n = 55)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (7)	5	20,0	2	3,6	5,764	0,016	6,625
Тревога (28)	13	52,0	15	27,3	4,619	0,032	2,889
Инертность мышления (54)	21	84,0	33	60,0	4,513	0,034	3,500
Агрессивность (9)	6	24,0	3	5,5	5,921	0,015	5,474
	Астения (n = 68)		Астении нет (n = 12)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Выраженные интеллектуально-мнестические нарушения (7)	4	5,9	3	25,0	4,669	0,031	0,188

Продолжение таблицы 4.4.9.

	Диссоциативные симптомы (n = 5)		Диссоциативных симптомов нет (n = 75)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Соматоформные симптомы (7)	2	40,0	5	6,7	6,523	0,011	9,333
Демонстративное поведение (7)	4	80,0	3	4,0	33,910	< 0,001	96,000
Дисфория (8)	2	40,0	6	8,0	5,333	0,021	7,667
	Соматоформные симптомы (n = 7)		Соматоформных симптомов нет (n = 73)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Демонстративное поведение (7)	2	28,6	5	6,8	3,775	0,052	5,440
Тревога (28)	5	71,4	23	31,5	4,475	0,034	5,435
Симптомы	Ипохондрия (n = 17)		Ипохондрии нет (n = 63)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Диссоциативные симптомы (5)	3	17,6	2	3,2	4,786	0,029	6,536
Соматоформные симптомы (7)	4	23,5	3	4,8	5,906	0,015	6,154
Дисфория (8)	5	29,4	3	4,8	9,038	0,003	8,333
	Тревога (n = 28)		Тревоги нет (n = 52)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Панические атаки (5)	5	17,9	0	0,0	9,905	0,002	1,217
	Дисфория (n = 8)		Дисфории нет (n = 72)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Агрессивность (9)	4	50,0	5	6,9	13,368	< 0,001	13,400
	Ослабление памяти (n = 45)		Снижения памяти нет (n = 35)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Инертность мышления (54)	40	88,9	14	40,0	21,450	< 0,001	12,000

* указаны значимые ассоциации и отношения, которые имеют клиническое значение.

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Также с повышенной возбудимостью оказались связаны все случаи дисфории и агрессивного поведения. Особо следует отметить, что повышенная возбудимость в подгруппе ветеранов не имела приоритетной связи с другими признаками психоорганического синдрома – инертностью, снижением интеллекта, эпилептическими припадками.

Несмотря на то, что большинство симптомов-признаков ПТСР не обнаруживают значимых ассоциаций с органическим психическим расстройством вследствие ЧМТ, у части пациентов с этим диагнозом они имеют значимые взаимоотношения, образуя комплекс облигатных признаков последствий травматического стресса (Рисунок 4.9.). То есть, у части больных психические расстройства после контузии включают сочетание органической и психогенной психической патологии. Причем типичное для умеренно выраженного характеропатического варианта психоорганического синдрома недержание аффекта содержит

«звучание психической травмы» Карла Ясперса как в сюжете переживаний, так и в обстоятельствах, которые легче всего провоцируют эмоциональные всплески. Иллюстрацией сочетания у ветерана симптомов органической психической патологии и признаков ПТСР может служить клинический пример 4.10.

Проявлениям возбудимости и феномену избегания в подгруппе ветеранов с последствиями контузий часто сопутствовали диссоциативные симптомы и демонстративное поведение. Демонстративное поведение проявлялось утрированной и драматизированной эмоциональностью при предъявлении плохого самочувствия, описании своих жалоб и анамнеза. Единственной особенностью ветеранов с гистрионическими чертами, отличающих их от пациентов из группы сравнения, было особое проявление демонстративности, когда дело касалось темы войны: стремление к акцентированию собственного боевого опыта, его исключительности по сравнению с другими пациентами, выпячивание своих заслуг, подчас их явное преувеличение и приукрашивание трагических сторон пережитого. В одном случае был отмечен откровенный вымысел при изложении профессионального анамнеза. Нарочитой открытостью и даже хвастовством при описании своего участия в военных действиях лица с истерической симптоматикой отличались от основной части ветеранов, которые, напротив, чаще всего скупой или даже неохотно описывают собственный военный опыт.

Диссоциативные симптомы у ветеранов с органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга наблюдались относительно редко – всего у 4 пациентов. Однако они совсем не встречались в группе сравнения. Диссоциативные нарушения, выявленные у ветеранов, оказались весьма разнообразными и часто присутствовали одновременно у одного и того же пациента. Так, у 1 пациента (1,25%) после воздействия мощной психической травмы в период участия в боевых действиях (пленение противником) развилась псевдодементная симптоматика, ныне относимая к синдрому Ганзера. В последующем, даже спустя многие годы, в мирной обстановке, отдельные проявления псевдодеменции и пуэрильности возникали у этого пациента на фоне конфликтов бытового характера. У этого же больного отмечались эпизоды диссоциативного ступора и последующей амнезии на фоне психотравмирующих ситуаций, стойкие проявления конверсионного пареза руки и ноги. Всего же диссоциативный ступор и диссоциативная амнезия отмечались у 2 пациентов данной группы (2,5%), проявления дисфонии – у 1 (1,25%), симптомы дистонии – у 1 (1,25%), явления конверсионного пареза конечностей – у 3 (3,75%), анестезии, утрата слуха и амавроз – у 3 пациентов (3,75%). У троих пациентов диссоциативная симптоматика сочеталась с характерным демонстративным предъявлением жалоб, драматизацией описания военного опыта и акцентированием собственных заслуг, театральной манерой поведения. В одном случае

у пациента с диссоциативными нарушениями явных «сценических» проявлений не наблюдалось. Особо следует отметить, что у ветеранов описываемой группы, имевших диссоциативную симптоматику, в 3 случаях отмечались объективные признаки снижения памяти и проявления инертности мышления, у 3 больных неврологом диагностировались рассеянная неврологическая симптоматика, умеренные симптомы пирамидной недостаточности. Однако имеющиеся органические психические нарушения и неврологические признаки либо не имели отношения к демонстрируемым пациентами расстройствам, либо не могли определять тяжесть дезадаптации больного. Сложное сочетание органической психической патологии и диссоциативных нарушений представлено в клиническом примере 4.11. в Приложении к главе 4. Представленный клинический пример показывает, насколько значительное место в картине психопатологических последствий ЧМТ занимают симптомы невротического круга (Таблица 4.4.10).

Таблица 4.4.10. Психопатологическая симптоматика в подгруппах ветеранов с установленным диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга в сравнении с диагнозом невротического расстройства (таблицы сопряженности)

Диагноз	Ветераны с диагнозом органическое психическое р-во в связи с ЧМТ (n = 80)		Ветераны боевых действий с диагнозом невротического расстройства (n = 51)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Интрузия (33)</i>	15	18,8	18	35,3	4,524	0,033	0,423
<i>Избегание (13)</i>	7	8,8	6	11,8	0,317	0,574	0,719
<i>Ожидание опасности (6)</i>	5	6,3	1	2,0	1,311	0,252	3,333
<i>Возбудимость (67)</i>	45	56,3	22	43,1	2,143	0,143	1,695
<i>Эмоциональное онемение (7)</i>	1	1,3	6	11,8	6,808	0,009	0,095
<i>Изменения личности (46)</i>	25	31,3	21	41,2	1,347	0,246	0,649
<i>Астения (55)</i>	68	85,0	44	86,3	0,041	0,840	0,902
<i>Панические приступы (14)</i>	5	6,3	9	17,6	4,238	0,040	0,311
<i>Ипохондрия (30)</i>	17	21,3	13	25,5	0,317	0,573	0,789
<i>Демонстративное поведение (12)</i>	7	8,8	5	9,8	0,042	0,838	0,882
<i>Диссоциативные симптомы (7)</i>	5	6,3	2	3,9	0,334	0,563	1,633
<i>Соматоформные симптомы (19)</i>	7	8,8	12	23,5	5,486	0,019	0,312
<i>Тревога (56)</i>	28	35,0	28	54,9	5,041	0,025	0,442
<i>Депрессия (84)</i>	46	57,5	38	74,5	3,917	0,048	0,463
<i>Дисфория (13)</i>	8	10,0	5	9,8	0,001	0,971	1,022
<i>Эпилептические припадки (17)</i>	16	20,0	1	2,0	8,975	0,003	12,500
<i>Ослабление памяти (46)</i>	45	56,3	1	2,0	40,289	< 0,001	64,286
<i>Инертность мышления (62)</i>	54	67,5	8	15,7	33,541	< 0,001	11,163
<i>Алкогольная зависимость (36)</i>	23	28,7	13	25,5	0,166	0,684	1,179
<i>Агрессивность (11)</i>	9	11,3	2	3,9	2,175	0,140	3,106

Сравнительный анализ подгруппы ветеранов с диагностированными органическими психическими расстройствами вследствие травмы головного мозга и с диагностированными невротическими расстройствами, показал, что в обеих когортах примерно с равной частотой встречаются многие симптомы невротического регистра – проявления астении, истеро-конверсионные нарушения, ипохондрия (Таблица 4.4.10). Среди ветеранов с диагностированными последствиями контузий реже встречаются тревожно-фобические и тревожно-депрессивные нарушения, но чаще проявления психоорганического синдрома – преимущественно легкие дисмнестические расстройства и инертность психических процессов.

Анализ анамнеза пациентов с органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга по сравнению с диагностированными невротическими расстройствами, показал прямую ассоциацию первых не только с боевыми контузиями и ЧМТ мирного времени, но и со многими другими патогенными факторами боевой обстановки – непосредственным участием в боях, ранениями, случаями медицинской эвакуации с фронта, и, напротив, отрицательную ассоциацию с психотравмирующими обстоятельствами мирной жизни (Таблица 4.4.11).

Таблица 4.4.11. Патогенные факторы военного и мирного времени у ветеранов с диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга в сравнении с диагнозом невротического расстройства с (таблицы сопряженности*)

Факторы	Ветераны с диагнозом ОПР ЧМТ (n = 80)		Ветераны с диагнозом невротического расстройства (n = 51)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (83)	57	71,3	26	51,0	5,512	0,019	2,383
Ранение (31)	24	30,0	7	13,7	4,567	0,033	2,694
Контузии (82)	66	82,5	16	31,4	34,772	< 0,001	10,313
Госпитализация в период боевых действий (71)	51	63,7	20	39,2	7,552	0,006	2,726
Факторы мирного времени							
ЧМТ в мирное время (27)	22	27,5	5	9,8	5,981	0,015	3,490
Психотравмирующие ситуации мирного времени (59)	23	29,1	36	70,6	21,507	< 0,001	0,171

* указаны значимые ассоциации. χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

В сравнении с ветеранами, которым был установлен диагноз ПТСР, в подгруппе с ОПР ЧМТ реже выявлялись все основные симптомы-признаки ПТСР и, напротив, чаще – ипохондрическая симптоматика, ослабление памяти и инертность мышления (Таблица 4.4.12).

В представленности большинства нарушений невротического значимых различий не было выявлено.

Таблица 4.4.12. Психопатологическая симптоматика в подгруппах ветеранов с установленным диагнозом органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга в сравнении с ветеранами с диагнозом ПТСР (таблицы сопряженности*)

Диагноз	Ветераны с диагнозом ОПР ЧМТ (n = 80)		Ветераны боевых действий с диагнозом ПТСР (n = 14)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>ПТСР симптомы (64)</i>	50	62,5	14	100,8	7,711	0,005	-
<i>Интрузия (27)</i>	15	18,8	12	85,7	26,097	< 0,001	0,038
<i>Избегание (15)</i>	7	8,8	8	57,1	20,806	< 0,001	0,072
<i>Ожидание опасности (11)</i>	5	6,3	6	42,9	15,453	< 0,001	0,089
<i>Возбудимость (57)</i>	45	56,3	12	85,7	4,334	0,037	0,214
Эмоциональное онемение (1)	1	1,3	0	0,0	0,177	0,674	-
<i>Изменения личности (36)</i>	25	31,3	11	78,6	11,291	< 0,001	0,124
Ипохондрия (17)	17	21,3	0	0,0	3,362	0,057	-
Эпилептические припадки (16)	16	20,0	0	0,0	3,374	0,066	-
Ослабление памяти (47)	45	56,3	2	14,3	8,393	0,004	7,714
Инертность мышления (59)	54	67,5	5	35,7	5,151	0,023	3,738
Алкогольная зависимость (27)	23	28,7	4	28,6	0,000	0,989	1,009
Злоупотребление алкоголем (15)	12	15,0	3	21,4	0,367	0,545	0,647
Агрессивность (12)	9	11,3	3	21,4	1,108	0,292	0,465

* указаны значимые ассоциации.

Главным анамнестическим отличием этой подгруппы от ветеранов с диагностированным ПТСР были контузии, перенесенные в период боевых действий, и ЧМТ, полученные в мирное время (Таблица 4.4.13). Кроме этого в подгруппе органических психических расстройств реже в прошлом отмечались реакции боевого стресса.

Таблица 4.4.13. Сопряженность диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга в сравнении с диагнозом ПТСР с патогенными факторами военного и мирного времени (таблицы сопряженности*)

Факторы	Ветераны с диагнозом органическое психическое р-во в связи с ЧМТ (n = 80)		Ветераны боевых действий с диагнозом ПТСР (n = 14)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Контузии (82)	66	82,5	6	42,9	10,445	0,001	6,286
Перенесенные РБС (16)	10	12,5	6	42,9	7,774	0,005	0,190
Алкоголизация на войне (12)	8	10,0	4	28,6	3,690	0,055	0,278
Факторы мирного времени							
ЧМТ в мирное время (22)	22	27,5	0	0,0	5,026	0,025	1,379

* указаны значимые ассоциации. χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

4.4.3. Диагностика алкогольной зависимости

Диагнозы F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя», F10.3 «Синдром отмены алкоголя», F10.4 «Синдром отмены с делирием», F10.5 «Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя», F10.6 «Амнестический синдром, обусловленный алкоголем» и аналогичные им были установлены всего у 56 ветеранов (22,3%). При этом диагностированный алкоголизм имел обратную ассоциацию со всеми кластерами симптомов ПТСР и не показали сопряженности с другими нарушениями невротического и эмоционального регистров (Таблица 4.4.14.). То есть диагнозы, связанные с синдромом зависимости или отмены алкоголя, устанавливались в тех случаях, когда у пациентов имели место основные наркологические синдромы и отсутствовали или были слабо выражены признаки ПТСР.

Установка диагноза F10.x не обнаружила связи ни с одним из стрессоров военного времени, а среди факторов довоенной predisпозиции установлена прямая связь лишь с частым употреблением алкоголя (Таблица 4.4.15).

Таблица 4.4.14. Сопряженность диагноза алкогольной зависимости с различными психопатологическими симптомами*

Симптомы ПТСР	Алкогольная зависимость диагностирована (n = 56)		Алкогольная зависимость не диагностирована (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
<i>Симптомы ПТСР (132)</i>	15	26,8	117	60,0	19,250	< 0,001	0,244
<i>Интрузия (53)</i>	2	3,6	51	26,2	13,320	< 0,001	0,105
<i>Ожидание опасности (13)</i>	0	0,0	13	6,7	3,937	< 0,001	-
<i>Возбудимость (109)</i>	12	21,4	97	49,7	14,198	< 0,001	0,276
<i>Изменения личности (74)</i>	6	10,7	68	34,9	12,212	< 0,001	0,224
<i>Невротические симптомы и симптомокомплексы (182)</i>	29	51,8	153	78,5	15,553	< 0,001	0,295
<i>Астеническая симптоматика (175)</i>	30	53,6	145	74,4	8,905	0,003	0,398
<i>Панические приступы (16)</i>	0	0,0	16	8,2	4,908	0,027	-
<i>Ипохондрия (39)</i>	1	1,8	38	19,5	10,388	0,001	0,075
<i>Демонстративное поведение (19)</i>	0	0,0	19	9,7	5,903	0,015	-
<i>Соматоформные симптомы (24)</i>	0	0,0	24	12,3	7,621	0,006	-
<i>Симптомы эмоциональных расстройств (150)</i>	15	26,8	135	69,2	32,594	< 0,001	0,163
<i>Тревога (79)</i>	4	7,1	75	38,5	19,786	< 0,001	0,123
<i>Гипотимия (депрессия) (128)</i>	12	21,4	116	59,5	25,217	< 0,001	0,186
<i>Инертность мышления (97)</i>	15	26,8	82	42,1	4,276	0,039	0,504

* указаны значимые ассоциации. χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Таблица 4.4.15. Сопряженность диагноза алкогольной зависимости с патогенными факторами военного и мирного времени (таблицы сопряженности*)

Факторы	Алкогольная зависимость диагностирована (n = 56)		Алкогольная зависимость не диагностирована (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Факторы военного времени							
Участие в боях (132)	19	33,9	113	57,9	10,068	0,002	0,373
Контузии (106)	14	25,0	92	47,2	8,773	0,003	0,373
РБС в анамнезе (40)	2	3,6	38	19,5	8,226	0,004	0,153
Госпитализация в период боевых действий (102)	14	25,0	88	45,1	7,307	0,007	0,405
Алкоголизация на войне (26)	9	16,1	17	8,7	2,534	0,111	2,005
Факторы мирного времени							
Психотравмирующие ситуации мирного времени (79)	2	3,6	77	39,5	26,020	< 0,001	0,057
Злоупотребление алкоголем до войны (15)	11	19,6	4	2,1	23,961	< 0,001	11,672

* указаны значимые ассоциации. χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов

Когда алкогольная зависимость была коморбидной диагностированным невротическим и органическим психическим расстройствам, отмечались невротические и аффективные нарушения, частота и многообразие которых все же была ниже, чем у лиц, не склонных к злоупотреблению спиртным. У ветеранов с диагностированной алкогольной зависимостью встречаемость симптомов невротических и стрессовых расстройств очень низкая. Последнее дает основание предполагать возможную связь аддиктивного поведения со стрессом лишь на начальных этапах развития зависимости и последующее исчезновение связи между перенесенными когда-то стрессовыми и невротическими расстройствами и прогрессированием и декомпенсациями алкоголизма.

Анализ вероятности установления диагноза в зависимости от выявленных психопатологических симптомов и факторов риска мирного и военного времени показал следующее:

- Другие, кроме ПТСР, невротические расстройства диагностируются у ветеранов при наличии вообще симптоматики невротического регистра ($W = 16,450$; $p < 0,001$; $OR = 23,018$), тревоги ($W = 9,779$; $p = 0,002$; $OR = 4,476$), дисфории ($W = 7,334$; $p = 0,007$; $OR = 11,293$), выявлении в анамнезе актуальной психотравмирующей ситуации, не связанной с боевым травмирующим стрессом ($W = 24,613$; $p < 0,001$; $OR = 10,793$), а также, если в клинической картине отсутствуют признаки ожидания опасности ($W = 7,196$; $p = 0,007$; $OR = 0,038$), ослабление памяти ($W = 8,380$; $p = 0,004$; $OR = 0,035$) и инертность мышления ($W = 8,816$; $p = 0,003$; $OR = 0,162$). Модель устойчива, надежна и позволяет строить прогноз на 87,3% ($R^2 = 0,603$, $\chi^2 = 5,080$, $p = 0,749$; Общая процентная доля = 87,3%).

- Органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга диагностируются у ветеранов при наличии основных признаков психоорганического синдрома ($W = 19,997$; $p < 0,001$; $OR = 7,329$), астении ($W = 5,014$; $p = 0,025$; $OR = 3,312$), эпи-припадков ($W = 3,557$; $p = 0,059$; $OR = 4,147$), диссоциативных симптомов ($W = 2,965$; $p = 0,085$; $OR = 4,749$) и перенесенных во время боевых действий контузий ($W = 49,216$; $p < 0,001$; $OR = 36,611$) или травм головы в мирное время ($W = 13,908$; $p < 0,001$; $OR = 8,064$). Однако построенная модель недостаточно устойчивая и позволяет строить прогноз лишь на 85,7% ($R^2 = 0,628$, $\chi^2 = 9,168$, $p = 0,328$; Общая процентная доля = 85,7%).
- Диагноз зависимости от алкоголя и других психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди предикторов имеет ряд наркологических симптомов – абстинентный синдром ($W = 6,622$; $p = 0,010$; $OR = 8,258$), повышенную толерантность ($W = 5,008$; $p = 0,025$; $OR = 13,258$), запойные приступы ($W = 4,581$; $p = 0,033$; $OR = 6,277$) и отсутствие эмоциональных нарушений ($W = 15,040$; $p < 0,001$; $OR = 0,110$). Модель устойчива, надежна и позволяет строить прогноз на 90,4% ($R^2 = 0,771$, $\chi^2 = 3,161$, $p = 0,924$; Общая процентная доля = 90,4%).

Глава 5. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В СТАЦИОНАРЕ

Подходы к психофармакотерапии участников недавних боевых действий существенно отличались от того, как лечились ветераны прошлых локальных военных конфликтов (Таблица 5.1.). Например, участникам недавних боевых действий в три раза реже назначались транквилизаторы ($p < 0,001$; $OR = 0,026$), что объясняется как сменой общей парадигмы применения этой группы препаратов, так и изменением взглядов на их эффективность при лечении ПТСР. Почти в два раза реже участникам боевых действий назначались трициклические антидепрессанты ($p = 0,011$; $OR = 0,508$), что можно объяснить сужением спектра симптомов-мишеней для их назначения. Одновременно участникам недавних боевых действий значимо чаще стали назначать антипсихотики первого и второго поколений ($p < 0,001$; $OR = 5,394$ и $p < 0,001$; $OR = 7,141$ соответственно), которые стали применяться не только для купирования психотических состояний, устранения возбуждения и агрессивности, но и в составе комбинированной терапии депрессии и диссоциативных нарушений, а также ПТСР с выраженной эмоциональной неустойчивостью. Гораздо реже и с большей избирательностью препаратов стали применяться нейрометаболические средства ($p < 0,001$; $OR = 0,102$), например, вышли из употребления такие ноотропы, как пирацетам, никотиноил гамма-аминомасляная кислота.

Таблица 5.1. Разница частоты назначения различных лекарственных средств при лечении участников боевых действий и ветеранов боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе.

Лекарственные средства	Участники недавних боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде после боевых действий (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Транквилизаторы	41	29,3	236	94,0	182,354	< 0,001	0,026
Нормотимики	86	61,4	69	27,5	43,263	< 0,001	4,201
СИОЗС	41	29,3	72	28,7	0,016	0,900	1,030
ТЦА	23	16,4	70	27,9	6,501	0,011	0,508
Антидепрессанты другие	11	7,9	36	14,3	3,574	0,059	0,509
АПП	97	69,3	74	29,5	57,864	< 0,001	5,394
АВП	32	22,9	10	4,0	33,388	< 0,001	7,141
Нейрометаболические препараты	23	16,4	165	65,7	87,532	< 0,001	0,102

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов.

При всем этом почти неизменным в лечении боевой психической патологии осталось применение антидепрессантов из группы СИОЗС в качестве препаратов первой линии при лечении ПТСР с преобладанием его облигатных признаков и выраженной тревоги.

Реальная лекарственная терапия участников боевых действий в психиатрическом стационаре отличалась от тех схем, которые предлагаются в большинстве научных работ и клинических рекомендациях. Анализ связей между установленным в психиатрическом стационаре диагнозом и лекарственными назначениями участникам боевых действий (Таблица 5.2.) показал, что диагноз F43.1 «ПТСР» мало влиял на выбор терапии – он лишь снижал до минимума назначение трициклических антидепрессантов (ТЦА).

Таблица 5.2. Лечение диагностированных психических расстройств *

Лекарственные средства	Диагноз ПТСР (n = 37)		Другой диагноз (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ТЦА	1	3,8	22	19,3	3,682	0,055	0,167
	Диагноз р-во адаптации (n = 6)		Другой диагноз (n = 134)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Транквилизаторы (41)	5	83,3	36	26,9	8,842	0,003	13,611
СИОЗС (41)	5	83,3	36	26,9	8,842	0,003	13,611
	Диагноз ОНР ЧМТ (n = 37)		Другой диагноз (n = 103)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Нормотимики (86)	29	78,4	57	55,3	6,098	0,014	2,925
Нейрометаболические препараты (23)	16	43,2	7	6,8	26,338	< 0,001	10,449
	Диагноз аффективное р-во (n = 33)		Другой диагноз (n = 107)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ТЦА (23)	17	51,5	6	5,6	38,715	< 0,001	17,885
АД другой (не СИОЗС и ТЦА) (11)	6	18,2	5	4,7	6,357	0,012	4,533
АВП (32)	15	45,5	17	15,9	12,504	< 0,001	4,412
АПП (97)	16	48,5	81	75,7	8,779	0,003	0,302
	Диагноз группы /F2/ (n = 23)		Другой диагноз (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	0	0,0	41	35,0	11,398	< 0,001	-
Нормотимики (86)	4	17,4	82	70,1	22,526	< 0,001	0,90
Нейрометаболические препараты (23)	0	0,0	23	19,7	5,410	0,020	0,803

* представлены данные со статистически значимой сопряженностью

ОНР ЧМТ – органическое психическое расстройство в связи с черепно-мозговой травмой (травмой головного мозга); ОНР другое – органическое психическое расстройство в связи с другим заболеванием, кроме травмы головного мозга; АД – антидепрессант; АПП – антипсихотик первого поколения; АВП – антипсихотик второго поколения; СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

χ^2 – Критерий Пирсона; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов.

Диагноз F43.2 «расстройство приспособительных реакций» прямо ассоциирован с назначением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и транквилизатора.

Диагнозы группы рубрик F3 «Аффективные расстройства» (депрессивный эпизод, реже – рекуррентное депрессивное расстройство), напротив, не показали избирательной связи с назначением СИОЗС, но предопределяли назначение ТЦА, других антидепрессантов (чаще всего миртазапина и венлафаксина), а также антипсихотиков второго поколения (АВП). Также при диагностированных аффективных расстройствах достоверно реже назначались антипсихотики первого поколения (АПП).

Диагностированные органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга значимо были связаны только с назначением нормотимиков и нейрометаболических стимуляторов и церебропротекторов – чаще всего гопантеновой кислоты и этилметилгидроксипиридина сукцината (мексидола).

Диагноз любого расстройства круга шизофрении (F2) исключал назначение СИОЗС, нейрометаболических средств и снижал вероятность назначения нормотимика.

Выявление симптомов ПТСР, в частности интрузии и избегания, показало прямую ассоциацию с назначением СИОЗС, миртазапина или венлафаксина, а также нормотимиков (Таблица 5.3). Проявления сверхбдительности (ожидания опасности) имело связь с назначением ТЦА, венлафаксина и миртазапина, а повышенная возбудимость – с назначением нормотимиков. Проявление агрессивности у участников боевых действий напрямую ассоциировалось с назначением антипсихотика первого поколения (АПП) – в большинстве случаев хлорпромазина, реже – пропазина.

Таблица 5.3. Лекарственные средства, назначавшиеся участникам боевых действий в стационаре при наличии или отсутствии симптомов-признаков ПТСР

Лекарственные средства	Симптомы ПТСР (n = 102)		Нет симптомов ПТСР (n = 38)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	37	36,6	4	10,5	8,863	0,003	4,838
АД другой (не СИОЗС и ТЦА) (11)	11	10,8	0	0,0	4,447	0,035	-
Нормотимики (86)	70	68,6	16	42,1	8,219	0,004	3,008
	Интрузия (n = 101)		Интрузии нет (n = 39)				
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	37	36,6	4	10,3	9,453	0,002	5,059
АД другой (не СИОЗС и ТЦА) (11)	11	10,9	0	0,0	4,610	0,032	-
Нормотимики (86)	69	68,3	17	43,6	7,261	0,007	2,790

Продолжение таблицы 5.3.

Лекарственные средства	Избегание выявлено (n = 101)		Избегания не выявлено (n = 39)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	22	42,3	19	21,6	6,774	0,009	2,663
Нормотимики (86)	40	76,9	46	52,3	8,382	0,004	3,043
	Ожидание опасности (n = 80)		Ожидания опасности нет (n = 60)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ТЦА (23)	17	21,3	6	10,0	3,161	0,075	2,429
АД другой (не СИОЗС и ТЦА) (11)	10	12,5	1	1,7	5,558	0,018	8,429
	Возбудимость (n = 101)		Возбудимости нет (n = 39)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Нормотимики (86)	55	73,3	31	47,7	9,662	0,002	3,016
	Эмоциональное онемение (n = 23)		Эмоционального онемения нет (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	10	45,5	31	26,3	3,295	0,069	2,339
Нормотимики (86)	18	81,8	68	57,6	4,580	0,032	3,309
	Агрессивность (n = 39)		Агрессивности нет (n = 101)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
АПП (97)	33	84,6	64	63,4	5,970	0,015	3,180
СИОЗС (41)	7	17,9	34	33,7	3,355	0,067	0,431
ТЦА (23)	3	7,7	20	19,8	3,005	0,083	0,338

АПП – антипсихотик первого поколения; АВП – антипсихотик второго поколения; СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

Выраженная тревога сопряжена с высокой вероятностью назначения СИОЗС, наличие депрессивной симптоматики – с выбором СИОЗС или ТЦА, и отказом от использования АПП (Таблица 5.4). Тяжелая депрессия предполагает назначение ТЦА и АВП. Наличие дисфории ассоциировано с назначением нормотимика.

Среди невротических симптомокомплексов значимые ассоциации назначенных лекарственных средств были установлены с наличием панических атак, с соматоформными нарушениями и с астенической симптоматикой. Панические атаки имели прямую связь с транквилизаторами и СИОЗС, соматоформные симптомы – с назначением СИОЗС. Астеническая симптоматика показала прямую связь с назначением СИОЗС и нейрометаболических препаратов и обратную связь с АПП. В случаях выраженной диссоциативной симптоматики неожиданно хорошего результата удавалось достичь при назначении хлорпромазина, на фоне которого значительно уменьшались двигательные, чувствительные функциональные нарушения, уменьшались демонстративное поведение и проявления псевдодеменции. Однако из-за небольшого числа случаев тяжелых диссоциативных

нарушений и пока еще единичных назначений не удалось получить статистически значимых связей.

Таблица 5.4. Лекарственные средства, назначавшиеся участникам боевых действий в стационаре при наличии или отсутствии различных психических нарушений*

Лекарственные средства	Тревога (n = 106)		Нет тревоги (n = 34)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	37	34,9	4	11,8	6,657	0,010	12,290
	Депрессия выявлена (n = 72)		Депрессия не выявлена (n = 68)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	30	41,7	11	16,2	10,972	< 0,001	3,701
ТЦА (23)	21	29,2	2	2,9	17,519	< 0,001	13,588
АПП (97)	43	59,7	54	79,4	6,371	0,012	0,384
	Дисфория выявлена (n = 25)		Дисфория не выявлена (n = 115)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Нормотимики (86)	20	80,0	66	57,4	4,430	0,035	2,970
АПП (97)	21	84,0	76	66,1	3,096	0,078	2,694
Нейрометаболические препараты (23)	8	32,0	15	13,0	5,375	0,020	3,137
	Депрессия тяжелая (n = 26)		Тяжелой депрессии нет (n = 114)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
ТЦА (23)	13	50,0	10	8,8	26,211	< 0,001	10,400
АВП (32)	10	38,5	22	19,3	4,409	0,036	2,614
АПП (97)	13	50,0	84	73,7	5,581	0,018	0,357
	Астения выявлена (n = 46)		Астения не выявлена (n = 94)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	23	50,0	18	19,1	14,195	< 0,001	4,222
АПП (97)	27	58,7	70	74,5	3,611	0,057	0,487
Нейрометаболические препараты (23)	14	30,4	9	9,6	9,789	0,002	4,132
	Панические приступы (n = 23)		Панических приступов нет (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Транквилизаторы (41)	7	70,0	34	26,2	8,620	0,003	6,588
СИОЗС (41)	6	60,0	35	26,9	4,908	0,027	4,071
	Соматоформные симптомы (n = 19)		Соматоформных с-мов нет (n = 121)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
СИОЗС (41)	13	56,5	28	23,9	9,858	0,002	4,132

* представлены данные со статистически значимой сопряженностью

Логистическая регрессия показала, что предикторами назначения антидепрессанта из группы СИОЗС становились наличие признаков ПТСР ($W = 5,108$; $p = 0,024$; $OR = 3,770$), какого-либо симптома или синдрома невротического круга ($W = 6,184$; $p = 0,013$; $OR = 2,726$) при отсутствии проявления агрессивности ($W = 3,017$; $p = 0,082$; $OR = 0,425$) с устойчивостью модели и прогнозом 70,7% ($R^2 = 0,387$; $\chi^2 = 4,537$; $p = 0,525$; Общая процентная доля = 70,7%).

Назначение ТЦА было связано с диагностикой депрессивного эпизода ($W = 13,996$; $p < 0,001$; $OR = 9,317$) и наличием у участников боевых действий депрессии с идеаторной и двигательной заторможенностью ($W = 13,550$; $p < 0,001$; $OR = 18,609$) при устойчивости модели и с прогнозом 87,9% ($R^2 = 0,591$; $\chi^2 = 0,125$; $p = 0,724$; Общая процентная доля = 87,9%).

Другие антидепрессанты – миртазапин и ИОЗСН – назначались, когда диагностировался депрессивный эпизод ($W = 3,468$; $p = 0,063$; $OR = 18,609$) с общей процентной долей = 92,1%.

Назначение транквилизаторов происходило при наличии невротических симптомов ($W = 10,732$; $p < 0,001$; $OR = 3,998$) и не осуществлялось при выявлении истерической симптоматики ($W = 4,087$; $p = 0,043$; $OR = 0,384$), модель показала устойчивость и прогноз 71,4% ($R^2 = 0,322$; $\chi^2 = 0,610$; $p = 0,737$; Общая процентная доля = 71,4%).

Предикторами назначения нормотимиков определены демонстративное поведение ($W = 12,079$; $p < 0,001$; $OR = 5,605$), повышенная возбудимость ($W = 3,883$; $p = 0,049$; $OR = 2,241$) и изменения личности ($W = 4,014$; $p = 0,045$; $OR = 3,046$), отсутствие тяжелой депрессии ($W = 4,692$; $p = 0,030$; $OR = 2,726$) с прогнозом 71,4% ($R^2 = 0,463$; $\chi^2 = 6,970$; $p = 0,324$; Общая процентная доля = 71,4%).

Предиктором назначения АВП становилась выраженная депрессия с заторможенностью ($W = 10,940$; $p < 0,001$; $OR = 8,667$; прогноз 71,4%). Предиктором назначения АПП выступило проявление агрессии ($W = 4,667$; $p = 0,031$; $OR = 2,909$) с высокой надежностью модели и прогнозом 71,4% ($R^2 = 0,294$; $\chi^2 = 0,031$; $p = 0,863$; общая процентная доля = 71,4%) (Рисунок 5.1. в Приложении 5).

В клинической практике лечения психических расстройств у участников боевых действий чаще всего назначались различные комбинации лекарственных средств. Однако значимые прямые связи были установлены всего лишь в отношении двух пар психотропных средств: СИОЗС с транквилизаторами и ТЦА с АВП (Таблица 5.5). Значимые обратные зависимости выявлены в отношении следующих пар лекарств: крайне редко назначались сочетания СИОЗС с ТЦА и никогда не назначались СИОЗС вместе с миртазапином, очень редким было одновременное применение АВП с АПП (Таблица 5.6.).

Таблица 5.5. Назначение комбинированной терапии участникам боевых действий *

Лекарственные средства	СИОЗС назначался (n = 41)		СИОЗС не назначался (n = 99)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Транквилизатор (41)	20	48,8	21	21,2	10,640	0,001	3,537
ТЦА	2	4,9	21	21,2	5,634	0,018	0,190
АД другой (не СИОЗС и ТЦА) (11)	0	0,0	11	11,1	4,944	0,026	-
АПП (97)	19	46,3	78	78,8	14,343	< 0,001	0,233
	ТЦА назначался (n = 23)		ТЦА не назначался (n = 117)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
АВП (32)	11	47,8	21	17,9	9,731	0,002	4,190
	Транквилизатор назначался (n = 41)		Транквилизатор не назначался (n = 99)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
АПП (97)	17	41,5	80	80,8	21,090	< 0,001	0,168
	АПП назначался (n = 97)		АПП не назначался (n = 43)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
АВП (32)	9	9,3	23	53,5	33,024	< 0,001	0,089

* представлены только статистически значимые ассоциации

Таблица 5.6. Комбинированная терапия всей выборки участников боевых действий

	Транкви- лизатор	Нормо- тимик	СИОЗС	ТЦА	АД другой	АПП	АВП
Транквилизаторы			++			—	
Нормотимики							
СИОЗС	++			—	—	—	
ТЦА			—				++
АД другие			—				
АПП	—		—				—
АВП				++		—	

«++» — комбинация этих лекарственных средств назначается часто (прямая ассоциация статистически значима);

«—» — эти два лекарственных средства одновременно назначаются редко или не назначаются совсем (обратная ассоциация статистически значима);

« » — лекарственные средства вместе назначаются иногда, но значимой связи не установлено.

Оказание психотерапевтической помощи недавним участникам боевых действий ограничено объективными обстоятельствами: преимущественным поступлением в стационар

пациентов с выраженными и иногда тяжелыми психическими нарушениями, купирование которых требует довольно интенсивной психофармакотерапии; ограниченным периодом лечения с непрогнозируемым сроком перевода в военный госпиталь, где проводится дальнейшее лечение, обследование и освидетельствование на предмет годности к военной службе по состоянию здоровья. Кроме того, как отмечено выше, у большинства участников боевых действий, поступающих на лечение в психиатрический стационар, отсутствует настрой на преодоление болезни. Быстрый видимый результат в виде ослабления тревоги у участников боевых действий давали когнитивно-поведенческие методики «одной встречи»: психообразование, терапия, фокусированная на цели, построение плана безопасности.

Таким образом, предпосылками назначения антидепрессантов из группы СИОЗС служил самый широкий спектр психических нарушений у участников боевых действий: диагноз расстройства приспособительных реакций (F43.2), выявленные признаки ПТСР (интрузия, избегание, эмоциональное онемение), депрессивная симптоматика, тревога, невротические симптомы, такие как панические атаки, астенические и соматоформные нарушения. СИОЗС не назначались больным с психотическими расстройствами и очень редко назначались пациентам, которые проявляли агрессию.

ТЦА чаще всего применялись при наличии выраженной депрессивной симптоматики и установленном диагнозе депрессивного эпизода или рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), и не назначались при установленном диагнозе ПТСР и в случаях агрессивного поведения.

Другие антидепрессанты (миртазапин и венлафаксин) назначались в случаях диагностированных аффективных расстройств – депрессивного эпизода или РДР, а также при наличии симптомов ПТСР, в частности, интрузии и ожидания опасности.

Нормотимики чаще всего назначались пациентам с диагностированными органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга, при наличии симптомов ПТСР, включая интрузию, избегание, повышенную возбудимость, эмоциональное онемение и изменения личности, а также в случаях демонстративного поведения, и не назначались больным с диагностированной шизофренией, признаками тяжелой депрессии, а также проявлявших агрессию.

Транквилизаторы чаще всего использовались при лечении расстройств адаптации, невротической симптоматики, особенно панических атак, но не назначались больным с истерической симптоматикой.

Антипсихотики первого поколения, в основном, применялись при купировании агрессивного поведения и не назначались, когда в клинической картине преобладала

астеническая и депрессивная симптоматика. Антипсихотики второго поколения, наоборот, использовались в порядке аугментации антидепрессантов при лечении выраженной депрессии, когда у участников боевых действий диагностировались аффективные расстройства – депрессивный эпизод или РДР.

Несмотря на частое использование комбинированной психофармакотерапии, она далеко не всегда имела характер определенной тенденции, но скорее, определялась конкретной клинической ситуацией и отражала поиск более удачных схем терапии.

Глава 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ОБСУЖДЕНИЕ ДАННЫХ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ УЧАСТНИКОВ И ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

6.1. Клинико-психопатологические проявления психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий

У участников недавних боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после войны в разных сочетаниях выявлялись все группы признаков ПТСР, которые содержат соответствующие диагностические рубрики действующей и еще непринятой у нас в стране классификации психических расстройств.

Так, симптомы, присущие ПТСР, отмечались у 72,9% участников боевых действий, при этом чаще всего обнаруживались симптомы интрузии или повторного переживания травмы – у 72,1% обследованных. Феномены избегания обстоятельств, которые ассоциируются с травматическим событием, отмечались у 37,1%, реакции в связи с ожиданием опасности – у 57,1%, повышенной возбудимости – у 53,6%, характерные приобретенные особенности личности – у 22,1% участников участников боевых действий.

В отдаленном периоде после боевых действий симптомы различных групп (кластеров) признаков ПТСР выявлялись реже, чем у участников боевых действий – у половины обследованных. В том числе реже, чем у участников боевых действий, выявлялись повторные переживания травматического события (явления интрузии) – у 21,1% выборки, симптомы избегания – у 11% ветеранов, реакции в связи с ожиданием опасности – всего у 5,2%, и чаще всего у ветеранов отмечалась повышенная эмоциональная возбудимость – у 43,4% обследованных. Чаще, чем у недавних участников боевых действий – у 29,5% выборки ветеранов – проявлялись стойкие изменения личности.

1-я группа признаков ПТСР – повторные переживания травмирующих событий (симптомы интрузии) – выявлялись у 72,2% участников боевых действий. В подавляющем большинстве случаев симптомы интрузии представляли собой сновидения или образные воспоминания и представления испытанного во время боевых действий, которые в момент обращения за помощью и первые дни лечения отражались в мимике и вегетативно-сосудистых реакциях, но в течение 2-4 недель регулярного лечения утрачивали внешние проявления. Явления «флешбэк» достоверно, по данным независимых свидетелей или по наблюдениям медработников, у участников боевых действий отмечались всего в 6,4% случаев. Аналогичными «флешбэку» по тяжести, похожие на сомнамбулизм расстройства пробуждения с внезапной агрессией или выполнением автоматизированных действий отмечались всего у 2,9% всей выборки участников боевых действий. То есть, у подавляющего большинства

обследованных данной группы симптомы повторного переживания травмы имели умеренную тяжесть, а об их наличии становилось известно из жалоб пациентов.

У ветеранов спустя длительный период после боевых действий феномены интрузии сохранялись у 21,1% выборки, в виде воспоминаний той или иной степени эмоциональной насыщенности и тягостных сновидений (кошмаров). При этом всего около 10% выборки ветеранов отмечали у себя значительный дистресс в связи с этими воспоминаниями, и лишь у 2% обследованных возникали эпизоды «флешбэка».

Относительно частое выявление 2-й группы признаков (избегания) у участников боевых действий, в сравнении с ветеранами в отдаленном периоде после прежних военных конфликтов, может объясняться как реально большей тяжестью симптоматики ПТСР, так и ориентированностью в настоящее время врачей-психиатров на выявление симптомов ПТСР и осведомленностью пациентов относительно последствий боевого стресса.

Симптомы 3-й группы (ожидания опасности или повышенной реактивности на стимулы, ассоциированные с психической травмой) включали чувство беспокойного дискомфорта в людных местах или на открытом участке местности; чересчур сильные реакции тревоги и испуга в ответ на внезапные раздражители, которые напоминали опасные стимулы боевой зоны. У участников боевых действий они обнаруживались в 11 раз чаще, чем у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Спустя месяцы и годы после боевой психической травмы реакции, связанные с ожиданием опасности, значительно уменьшаются по частоте, выраженности тревоги и страха, и лишь изредка сказываются на поведении. Чувство беспокойного дискомфорта из-за отсутствия при себе оружия отмечалось изредка и проявлялось лишь в действительно тревожной обстановке. Причем чаще всего они влияли на поступки, когда возникали в связи с реальными конфликтами и в состоянии алкогольного опьянения.

Образующая 4-ю группу признаков ПТСР, повышенная возбудимость у участников боевых действий наблюдались примерно с той же частотой, что и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Реакции чрезмерной возбудимости и вспышки гнева, по типу эксплозивных реакций, возникали не только в связи с чем-то, что затрагивало пережитое на войне, но и в ответ на любые эмоционально значимые раздражители. Эмоциональная неустойчивость у участников и ветеранов боевых действий связана с боевой психической травмой, что подтверждается сопряженностью возбудимости с участием в боях, с контузиями и ранениями. Это подтверждает, что собственно психический травматический стресс и воздушно-волновая травма головного мозга действуют сообща. Поэтому в работе врача с ветеранами войн бывает трудно отличить аффективную неустойчивость, как психогенный личностный радикал,

как проявление исходной патологической конституции, или как первый проявившийся симптом органического поражения головного мозга из триады Ханса Вальтера-Бюэля (H. R. Walther-Büel, 1951).

Аффективная неустойчивость или возбудимость, по самоотчетам участников боевых действий, или по объективным сведениям, оказалась значимо сопряженной с агрессивными действиями.

Нередко реакции возбуждения и проявление агрессии возникают у участников боевых действий в состоянии алкогольного опьянения. В этой связи стоит отметить, что злоупотребление алкоголем не столько связано своим происхождением с боевым стрессом, как влияет на общее впечатление об особой выраженности алкоголизма у ветеранов за счет повышения риска взрывных аффективных реакций, в момент которых облегчается проявление агрессии и общественно опасных действий.

Схему клинической оценки аффективной неустойчивости у участников и ветеранов боевых действий можно представить следующим образом (рисунок 6.1.):

- 1) когда есть сведения, что эмоциональная неустойчивость возникла или усилилась после черепно-мозговой травмы, которая сопровождалась потерей сознания, преходящими неврологическими нарушениями, ухудшением ориентировки и координации, на какой-то период времени нарушила боеспособность и/или потребовала эвакуации или лечения, и если среди других имеющихся сейчас симптомов обнаруживаются хотя бы незначительно выраженные ослабление памяти, инертность или снижение качества мышления, а симптомы ПТСР не преобладают в клинической картине – обоснованным становится диагностика органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга;
- 2) когда у пациента с эмоциональной неустойчивостью эти аномальные черты прослеживаются в довоенном анамнезе, причем они были выражены и стойки, негативно влияли на адаптацию, а перенесенные травмы головы были легкие и не сопровождались неврологическими нарушениями или значительным ухудшением когнитивных способностей, обоснованным диагнозом становится эмоционально неустойчивое расстройство личности.
- 3) если эмоциональная неустойчивость возникла или резко усилилась после участия в боевых действиях, травмирующий стресс был преобладающим патогенным фактором, а перенесенные контузии – легкими и не повлекли за собой неврологические и когнитивные нарушения, можно говорить об аффективной неустойчивости в рамках постстрессовых расстройств.

Образующая 5-ю группу признаков, психогенная амнезия в виде затруднения или полной неспособности воспроизведения в памяти коротких эпизодов боя или иного связанного с войной травматического события отмечались у 7,1% участников боевых действий и у 2,4% ветеранов прошлых военных конфликтов. Эпизоды амнезии не показали связи ни с симптомами ПТСР, ни с перенесенными контузиями, но оказались напрямую ассоциированы с демонстративной манерой поведения и диссоциативными нарушениями.

Выделенное в отдельную 6-ю группу признаков, переживание обеднения эмоций, включающее такие разнородные феномены, как эмоциональное онемение, оцепенение (numbing), бесчувствие, ангедонию и даже психическую анестезию (anaesthesia psychica dolorosa), отмечались у 25% обследованных участников боевых действий и значительно реже – у 3,8% ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Клинические наблюдения показывают, что варианты «numbing» вряд ли могут служить опорными признаками в диагностике ПТСР, так как их оценка подчинена тому, в рамках какой доминирующей патологии они обнаруживаются – в картине депрессии, негативного синдрома шизофрении, или только лишь в связи с другими проявлениями ПТСР.

Симптомы из 7-й группы – изменения личности, отмечались у 22,1% участников боевых действий и у 29,5% ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Не беря в расчет представленной в кластере 4 аффективной неустойчивости, изменения личности у недавних участников боевых действий представлены недоверием и настороженностью, обидчивостью, потерей прежних интересов, изменением системы ценностей, нетерпимостью к альтернативным взглядам, поляризацией оценок людей и ситуацией, обесцениванием всего, что не связано с военным опытом. Между перечисленными особенностями отмечалась высокая степень сопряженности, и все вместе они прямо ассоциированы с основными диагностическими признаками ПТСР.

Изначально имея явную сюжетную и последовательную связь с травматическими событиями, новые способы взаимодействия с окружающим со временем все чаще утрачивают непосредственную связь с боевыми стресс-факторами и отрываются от их контекста, распространяются на многие или все стороны отношений с другими людьми, показывая «самодвижение» психогенного развития личности.

Послевоенные изменения личности чаще обнаруживались у ветеранов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях, так как чтобы изменения личности становились заметными окружающим, требуется продолжительное время и повторение неадаптивных форм поведения в разнообразных социальных ситуациях. Кроме того перечисленные приобретенные вследствие длительного боевого травматического стресса изменения чаще всего имеют

умеренную выраженность, укладываются в рамки «комбатантной акцентуации характера» (Лыткин В.М. и др., 2007; Шамрей В.К. и др., 2020), и сами по себе в меньшей степени оказывают влияние на поведение ветерана, чем, например, повышенная возбудимость. Однако сочетание приобретенных персональных черт и возбудимости образует своеобразную картину описанного Е.В. Снедковым (1997, 2007) «дефензивно-эпилептоидного» варианта психогенного развития личности.

Отдельные симптомы стрессовых расстройств наблюдались и в случаях выраженной дезадаптации, и у военнослужащих, которые успешно выполняли боевые задачи и проявляли установку на скорейшее возвращение в строй. Однако частота выявления симптомов-критериев диагностики ПТСР, а также то, что у большинства обследованных присутствовало более одного такого симптома свидетельствует, что симптоматика ПТСР – это реальность психических реакций у военнослужащих уже в самые ближайшие недели после воздействия боевых стресс-факторов. Сочетание первых трех кластеров облигатных признаков (интрузии, избегания, ожидания опасности), соответствующий применяющемуся в англоязычной литературе понятию «полного ПТСР» (full PTSD), среди участников боевых действий отмечается в 38,5% имеющих диагноз ПТСР и 28,9% пациентов с симптомами ПТСР, а среди ветеранов в отдаленном периоде после военных конфликтов в 21,4% имеющих диагноз и у 3,8% всех, кто имел симптомы ПТСР. Высокая частота облигатных симптомов, обнаруживающаяся вскоре после боевых действий, по сравнению с тем, что наблюдается в отдаленном периоде, подтверждает причинную значимость боевого травматического стресса и то, что встречаемость и выраженность боевых стрессовых расстройств со временем имеет тенденцию к уменьшению.

По мере отдаления во времени от боевого травматического стресса прослеживается изменение соотношения различных признаков ПТСР. Если в ближайшие недели после боевых действий чаще всего выявляются симптомы интрузии, реакции в связи с ожиданием опасности и повышенная возбудимость, в отдаленном периоде наиболее частыми становятся возбудимость и изменения личности. Однако в ближайшее время и в отдаленном периоде после участия в боевых действиях сохраняется особая «согласованность» симптомов пяти диагностических кластеров – 1-го («интрузия»), 2-го («избегание») и 3-го («ожидание опасности»), 4-го (возбудимость»), 7-го («изменения личности»). Сопряженность основных симптомов-признаков ПТСР в разные периоды после участия в боевых действиях доказывает обоснованность обозначения их в качестве облигатных или ядерных признаков психических реакций на воздействие комплекса боевых стрессоров, которые в современной литературе часто называется боевым ПТСР (combat-related PTSD).

Однако диагноз ПТСР не показал связи с наличием отдельных его признаков и даже комплекса этих симптомов. То есть в основе диагноза лежит не набор ключевых признаков ПТСР, а наличие или отсутствие каких-то других психопатологических проявлений. Конкретно, диагноз ПТСР достоверно чаще ставился в тех случаях, когда у участников боевых действий имелись основные симптомы-признаки стрессовых расстройств, но не были выражены сопутствующие эмоциональные нарушения, депрессия, апатия, проявления заторможенности, дисфория, инертность мышления, когда у врача отсутствовали сомнения в достоверности предъявляемых жалоб. Таким образом, диагностика боевого ПТСР состоит из двух параллельно протекающих процессов: выявления и регистрации облигатных симптомов ПТСР, в том числе сочетания основных признаков по типу «полного ПТСР», и исключения факультативных психических нарушений, выраженное проявление которых, как правило, трактуются в пользу альтернативного диагноза. Иными словами, диагноз ПТСР отражает преобладание в картине психического расстройства облигатных симптомов при отсутствии или незначительной выраженности психических нарушений, которые считаются коморбидными.

Итак, в целом у участников и ветеранов боевых действий различные симптомы ПТСР имеют значимую сопряженность не только между собой, но также с психическими расстройствами эмоционального и невротического регистров: депрессивной симптоматикой, хронической тревогой и тревожными или паническими приступами, астенией, диссоциативными и соматоформными нарушениями. При этом на этапе стационарной психиатрической помощи мы наблюдаем клинические варианты комбинаций с преобладанием тревоги и страха, тревожно-депрессивной, астенодепрессивной симптоматики, меланхолической депрессии, аффективной неустойчивости, диссоциативных и соматоформных нарушений, аддиктивного поведения.

Принципиально важным является то, что так называемые факультативные или коморбидные по отношению к ПТСР психопатологические симптомы нередко определяющим образом влияли на утрату боеспособности и дезадаптацию участника боевых действий.

Большинство невротических и аффективных нарушений у участников боевых действий выявлялись чаще, чем у участников и ветеранов прошлых военных конфликтов, что косвенно отражает возросшую тяжесть травматического стресса.

Депрессивная симптоматика выявлялась более, чем у половины участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий, поступавших на лечение в психиатрический стационар.

Дисфория отмечалась у 17,9% участников боевых действий и 8,4% ветеранов боевых действий. Пациенты с дисфорией чаще проявляли враждебность и агрессию в отношении других людей.

Тревога, самый часто распознаваемый признак реакций на боевой травмирующий стресс, отмечалась у 75,7% участников боевых действий, что в 2,4 раза чаще, чем у ветеранов в отдаленном периоде после военных действий. Тревога в изучаемой выборке имеет волнообразный (флоттирующий) или постоянный характер с эпизодами внезапного спонтанного или связанного с внешними факторами усиления.

Астеническая симптоматика у участников боевых действий обнаруживалась почти в два раза реже, чем у участников и ветеранов прежних военных конфликтов. Такое отношение, вероятно, связано с наличием у участников боевых действий выраженных психических расстройств, которые скрывают относительно легкую астеническую симптоматику. Кроме того, увеличение астенических нарушений у ветеранов объясняется ростом в отдаленном периоде после участия в боевых действиях числа больных с последствиями травмы головного мозга, ранние проявления которой обозначаются как церебрастеническая стадия психоорганического синдрома.

Напротив, соматоформные нарушения имели место у участников боевых действий примерно в два раза чаще, чем у ветеранов в отдаленном периоде после прошлых военных конфликтов.

Диссоциативные симптомы выявлялись в 13,6% выборки участников боевых действий, что значимо в 3,8 раза чаще, чем у ветеранов прошлых боевых действий. Диссоциативная симптоматика среди всех групп психических расстройств у комбатантов отличалась, пожалуй, самым большим разнообразием феноменологических проявлений, впрочем, не выходящих за пределы уже давно описанных клинических вариаций. Среди диссоциативных нарушений у участников боевых действий в 3,6% отмечались ганзеровские формы психотических расстройств. В остальном наблюдавшиеся в прошлом грубые нарушения, такие как припадки или эпизоды «командной истерии», почти не встречались. Вместо них часто наблюдались описание больными элементарных галлюцинаций, безмолвных видений, жалобы на утрату памяти на момент самовольного оставления части. В числе двигательных и чувствительных нарушений самыми частыми оказались явления логоневроза, а также тремор рук или дрожание тела. В единичных случаях и обычно в картине «полисимптомной истерии» встречались ощущения спазма дыхания или помех при дыхании и глотании по типу «globus hystericus», парестезии и анестезии, которые не соответствовали зонам иннервации, моноплегия и параплегия с явлениями астазии-абазии. Развитие тяжелых диссоциативных расстройств чаще

всего, как и психозов, происходило путем усиления инициальных, относительно легких нарушений и присоединения все более тяжелых симптомов. В этом проявляется своеобразная «экономичность» истероконверсионных расстройств, при которых используются «инструменты», достаточные для достижения вторичной выгоды, а сила и набор симптомов увеличивается лишь в случае недостижения таковой.

Когнитивные нарушения у участников боевых действий, даже перенесших контузии, отмечались нечасто: ослабление памяти у 11,4% выборки, инертность мышления – у 21,4%, снижение уровня обобщений – всего у 7,1% обследованных, что значительно меньше частоты этих нарушений у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий. Это указывает на то, что несмотря на высокую частоту контузий, у недавних участников боевых действий доминируют психогенные нарушения, тогда как психоорганические осложнения контузий проявляют себя спустя время, с возрастом и на фоне дополнительных вредностей.

Психические расстройства, которые в МКБ-10 входят в группу /F2/ «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», диагностировались в 16,4% выборки участников боевых действий. У участников боевых действий с бредовыми формами расстройств лишь в двух случаях отмечены типичные для реактивных состояний военного времени сюжетные черты, такие как бред проникновения диверсантов или обвинения в предательстве. Все остальные клинко-психопатологические проявления и рецидивирующей шизофрении, и первых психотических эпизодов свидетельствовали об аутохтонном, не связанном с воздействием стрессоров возникновении психоза.

У участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях бредовые психозы отмечались в два раза реже и также возникали вне ассоциации с травматическими факторами и без сюжетных особенностей реактивных состояний.

6.2. Сравнительный анализ психических расстройств и ассоциированных с ними факторов у ветеранов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях и военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях

Анамнез ветеранов, которые получали лечение в психиатрическом стационаре спустя более чем шести месяцев после своего участия в боевых действиях, характеризовался наличием боевых патогенных факторов, тогда как частота выявления в анамнезе у ветеранов и других военнослужащих неблагоприятных условий, не связанных с боевыми действиями, не имела различий.

У ветеранов, в сравнении с выборкой военнослужащих эквивалентного возраста, которые никогда не принимали участия в боевых действиях, значительно чаще были установлены диагнозы органических психических расстройств в связи с травмой головного мозга и ПТСР, но достоверно реже диагностировались различные другие невротические расстройства.

Ветераны значительно отличались от группы сравнения высокой частотой симптомов ПТСР всех семи выделенных кластеров, наличием диссоциативных нарушений, большей частотой нарушений памяти и проявлений инертности мышления.

Психотические симптомы у ветеранов войн встречаются редко и связаны или с дополнительными экзогенными вредностями (алкоголизмом), или развитием эндогенного заболевания, а наличие у них симптомов, свойственных стрессовым расстройствам, носит случайный характер – то есть встречается очень редко и не связаны с основным сюжетом бредовых переживаний.

6.3. Связь проявлений ПТСР с другими психопатологическими симптомами и синдромами у участников и ветеранов боевых действий

Признаки ПТСР в ближайшее и отдаленное время после участия в боевых действиях показали значимую сопряженность с ранее названными психическими нарушениями, которые не входят в список признаков стрессовых расстройств, в частности, с хронической тревогой и паническими приступами, депрессией и заторможенностью, соматоформными нарушениями. Часто при наличии даже комплекса основных признаков ПТСР (интрузии, избегания, ожидание опасности) у больного обнаруживаются другие подчас гораздо более выраженные психопатологические симптомы, например, панические атаки, соматоформные нарушения, депрессия с заторможенностью, дисфория, апатия. Поэтому основной диагноз, даже в случаях так называемого полного ПТСР, формулируется согласно преобладающей симптоматики и часто не в пользу собственно стрессового расстройства, а с опорой на выраженность других нарушений невротического и аффективного регистров. Аналогичная картина сопряженности основных и факультативных симптомов наблюдается и в тех случаях, когда у больного выявляются отдельные проявления интрузии, избегания или ожидания опасности – они часто сочетаются с эмоциональными нарушениями, в том числе тревогой и депрессией, с астенической симптоматикой, соматоформными нарушениями.

Симптомы ПТСР у недавних участников боевых действий не показали какой-либо ассоциации с диссоциативными симптомами, тогда как в отдаленном периоде после боевых действий симптомы избегания и ожидания опасности имеют прямую связь с диссоциативной симптоматикой.

В отличие от первых трех основных групп признаков стрессовых расстройств, проявления эмоциональной неустойчивости (повышенной возбудимости) у участников боевых действий не связаны с соматоформными симптомами, тревогой и депрессией, но сопряжены с угрюмо-злым компонентом пониженного настроения и агрессивностью. В отдаленном периоде повышенная возбудимость также не ассоциирована с тревогой и специфическими невротическими нарушениями, но сопряжена астенической симптоматикой, депрессией, дисфорией, инертностью психических процессов и агрессивным поведением.

Изменения личности у участников боевых действий отмечались нечасто и показали прямую связь только с дисфорией, но в отдаленном периоде после боевых действий они выявлялись значительно чаще и показывали сопряженность со многими невротическими и аффективными нарушениями.

Как видно, повышенная возбудимость и изменения личности, значимо сопряженные друг с другом, имеют особую динамику в картине боевой психической патологии. Вскоре после боевого травматического стресса они мало связаны с нарушениями невротического и эмоционального регистра, вместе с другими симптомами ПТСР образуя личностный вариант боевых стрессовых расстройств. Однако спустя продолжительный период времени после боевых действий повышенная возбудимость и изменения личности не только чаще обнаруживаются, но и сливаются с основным комплексом постстрессовых расстройств.

В итоге по мере развития последствий боевой психической травмы симптомы различных кластеров ПТСР вместе с нарушениями невротического и депрессивного круга в действительности образуют варианты психопатологического комплекса, вне которого симптомы ПТСР встречаются скорее в виде исключения. Поэтому в зависимости от преобладающих тревожных, депрессивных, специфических невротических симптомов большинству участников боевых действий ставится диагноз не собственно ПТСР, а, например, смешанного тревожного и депрессивного, другого невротического расстройства или депрессивного эпизода. То есть, диагностика психических расстройств у ветеранов войн на практике игнорирует модель, которую можно выразить формулой «ПТСР & коморбидные симптомы», и опирается на оценку тяжести, доминирующего или подчиненного положения болезненных проявлений, а также их преимущественного значения для выбора лечения и решения экспертных вопросов.

6.4. Связь психической патологии с неблагоприятными факторами боевой обстановки и мирного времени

Участие в боях, обстрелы, контузии, ранения и медицинская эвакуация с передовой между собой имеют статистически значимые сильные положительные ассоциации с высоким отношением шансов.

Реакции боевого стресса, которые возникали в зоне боевых действий, имели значимую обратную связь с такими факторами мирного времени, как довоенные психические расстройства, употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем, то есть не подтвердили зависимость стрессовых реакций от присущей изначальной уязвимости индивида к стресс-факторам.

Факторы риска, выявлявшиеся у участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий, образуют три группы: 1) взаимосвязанные собственно боевые патогенные факторы, включающие участие в боях, артобстрелы и атаки дронов, ранения и контузии, а также госпитализации с поля боя, которые в совокупности претендуют на роль главной детерминанты боевых стрессовых расстройств; 2) довоенные факторы риска – наследственная отягощенность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, черепно-мозговые травмы – у участников боевых действий сопряжены друг с другом и составляют индивидуальную довоенную предрасположенность, но у ветеранов прошлых военных конфликтов проявляются изолированно и не образуют единого предрасполагающего комплекса; 3) неблагоприятные обстоятельства послевоенного времени, среди которых основной – психотравмирующие ситуации в семье и на службе.

Злоупотребление алкоголем на фронте не обнаружило сопряженности с боевыми стресс-факторами, но имело прямую связь с конфликтами на службе ($p = 0,018$; $OR = 3,719$), довоенным злоупотреблением алкоголем ($p < 0,001$; $OR = 111,000$) и употреблением наркотиков ($p = 0,018$; $OR = 3,719$), с психопатологической наследственностью ($p = 0,026$; $OR = 3,667$), психическими расстройствами, которые обнаруживали себя до участия в боевых действиях ($p < 0,001$; $OR = 19,654$), и с довоенными черепно-мозговыми травмами ($p = 0,031$; $OR = 3,302$). Поэтому есть основания сомневаться в наличии связи злоупотребления алкоголем на фронте с боевым стрессом, но при этом можно усматривать преобладающее значение довоенной психической и наркологической патологии, которые, в свою очередь, ассоциированы с риском получения травм головы. Само же пьянство в зоне ведения боевых действий становится причиной конфликтов на службе.

Наличие судимости в прошлом участников боевых действий обнаруживает прямую связь с наследственной отягощенностью психическими расстройствами, довоенными психическими

нарушениями, злоупотреблением наркотиками, перенесенными до войны ЧМТ. Военнослужащие с судимостями часто получали ранения, вероятнее всего, потому, что часто выполняли наиболее рискованные боевые задания.

Положительная установка на продолжение службы (настрой на возвращение в свои подразделения в боевой зоне) показала прямую сопряженность с непосредственным участием в боях ($p = 0,049$; $OR = 6,200$) и обратную связь с перенесенными на фронте реакциями боевого стресса ($p = 0,049$; $OR = 0,161$). То есть настрой на продолжение службы чаще присущ наиболее активным участникам боевых действий, а отсутствие мотивации к участию в боевых действиях негативно влияет на переживание боевого стресса и имеет значение в развитии РБС.

Анализ сопряженности показал отсутствие связи между установленным диагнозом ПТСР и наличием первого критерия диагностики – воздействия события чрезвычайного угрожающего характера. То есть, в диагностике ПТСР сведения о травматическом стрессе не являются определяющими.

Другой расклад получен при соотнесении выявленных основных симптомов стрессовых расстройств (интрузии, избегания, ожидания опасности, повышенной возбудимости) с конкретными неблагоприятными факторами. У участников боевых действий и ветеранов прежних военных конфликтов факторы боевой обстановки показали сильную положительную связь с совокупностью симптомов-признаков ПТСР. Особым травматическим потенциалом обладало пребывание во вражеском плену. Даже при очень небольшом числе наблюдений получены значимые связи между пленом и развитием у ветеранов личностных изменений, проявлений избегания и эмоционального онемения. Составляющие довоенной предрасположенности к развитию ПТСР отношения не имели. В частности, наследственная отягощенность, довоенная психическая и наркологическая патология, судимость показали обратную связь с симптомами ПТСР.

Однако у участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде явления интрузии и изменения личности показали значимую сопряженность с психотравмирующими ситуациями мирной жизни. Стрессоры мирного времени в качестве предикторов интрузии и изменений личности выделяют модели логистической регрессии. В послевоенное время конфликты на работе, службе или в семье могут возникать в связи с приобретенными на войне чертами характера и по механизму «психопатического цикла» вести к декомпенсации этих же черт, а сложившаяся психотравмирующая ситуация может провоцировать повторные переживания травматических событий.

В целом полученные данные убеждают в том, что комплекс патогенных факторов боевой обстановки – есть главный предиктор, детерминанта облигатных признаков ПТСР,

послевоенные психотравмирующие ситуации связаны с проявлением изменений личности и могут провоцировать обострение симптомов повторного переживания, тогда как факторы довоенной психопатологической predisпозиции в возникновении этих симптомов не имеют ведущего значения.

Диссоциативные нарушения, которые наблюдались в ближайшее и отдаленное время после боевых действий, показали прямую связь с участием в боях, подтвержденными документально контузиями и перенесенными РБС, а также с отрицательной установкой на продолжение службы, которая в расчетах не получила статистической достоверности, но была безальтернативной. Это подтверждает, что диссоциативные расстройства у участников боевых действий, возникают в связи с психической травмой, становятся причиной поступления на начальный этап медицинской эвакуации, и в последующем, будучи тесно связанными с драматическими чертами характера, закрепляются на основе вторичной выгоды. В отдаленном периоде после боевых действий диссоциативные расстройства имели значимую прямую связь с основными боевыми факторами, пленом, а также с актуальными психотравмирующими ситуациями мирного времени.

Соматоформные расстройства у участников боевых действий не показали значимых ассоциаций с факторами боевой обстановки, тогда как у ветеранов прошлых военных конфликтов оказались связанными с перенесенными РБС и пребыванием в плену у боевиков. Подобно диссоциативным нарушениям соматоформные симптомы у участников боевых действий сочетались с отрицательным отношением к продолжению службы, а в отдаленном периоде – с психотравмирующими ситуациями мирного времени.

В целом анализ сопряженности невротических симптомов с неблагоприятными факторами и модель многомерной логистической регрессии показали, что универсальным предиктором расстройств невротического круга являлась текущая психотравмирующая ситуация. В отдаленном периоде после участия в боевых действиях основными психотравмирующими обстоятельствами становились трудное материальное положение при крайней напряженности военной службы, а также семейные неурядицы. Поэтому можно сказать, что социальные факторы и интерперсональные конфликты вызывали развитие невротической симптоматики, которая способствовала обострению ранее утихших постстрессовых переживаний.

Депрессия и тревога у участников боевых действий показали прямую соотнесенность с перенесенными реакциями боевого стресса и отсутствие связи или обратную зависимость от составляющих довоенной predisпозиции. Отношения дают основания рассматривать тревожно-депрессивные и депрессивные состояния у участников боевых действий как более

тяжелые варианты реакций на травматический стресс. В отдаленном периоде после боевых действий для возникновения тревоги и депрессии важными оставались факторы боевой обстановки и присоединялись актуальные психотравмирующие ситуации мирного времени.

В самых общих словах, психические нарушения невротического и аффективного регистров в ближайшее время после участия в военных действиях представляют собой реакции на воздействие патогенных факторов боевой обстановки, тогда как в отдаленном периоде их возникновение или обострение скорее связано с неблагоприятными обстоятельствами мирного времени. Кроме того, появление и закрепление невротических и аффективных нарушений происходит в связи с установкой военнослужащего в отношении продолжения службы.

Когнитивные нарушения, в частности, ослабление памяти и инертность мышления, оказались сопряженным с различными боевыми и довоенными предпосылками органической психической патологии: с контузиями на фронте, ЧМТ до и после войны, злоупотреблением алкоголем до войны, на фронте или в послевоенном периоде. Логистическая регрессия также выделила ЧМТ в мирное время в качестве предиктора органических психических нарушений, наблюдавшихся у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий.

Шизофрения и другие психотические расстройства, по нашим данным, имеют в своей основе наследственные факторы, но не показывают связи с боевыми травматическими стрессорами и психогениями мирного времени.

Представленные в приложении к главе 4 в виде рисунка 4.8. связи психопатологических симптомов с учтенными факторами образуют видимую густую ассоциативную сеть между стрессорами боевой обстановки и мирного времени и психическими нарушениями невротического и эмоционального регистров. Это определенно обозначает актуальность рассмотрения всех нарушений невротического и тревожно-депрессивного круга у ветеранов в качестве психических последствий комбинированного влияния психотравмирующих факторов боевой обстановки и послевоенного времени. Показанные рядом связи между неблагоприятными факторами и органическими психическими расстройствами, психозами и алкогольной зависимостью демонстрируют менее смешанные ассоциации, среди которых отчетливо видны преобладающее значение черепно-мозговой травмы в развитии органических психических нарушений, влияние полученного на войне увечья и довоенного и фронтового пьянства на развитие в алкоголизма в отдаленном периоде, а также связь психозов с наследственной отягощенностью.

В самых общих чертах схема влияния внешних условий на возникновение в ближайший период после боевых действий, длительное течение и рецидивы психических расстройств у ветеранов в отдаленном периоде представлена на Рисунке 6.2. Под влиянием боевых

травмирующих факторов (психических стрессоров, контузий, ранения и увечий) развиваются психические реакции разной степени тяжести от психологических до тяжелых психических расстройств. В благополучных условиях они со временем имеют тенденцию к компенсации. Однако неблагоприятные социальные факторы или межличностные конфликты провоцируют возникновение разнообразной невротической симптоматики – тревожно-депрессивных нарушений, диссоциативных и соматоформных симптомов, а также обострение симптомов, сюжетно связанных с травмирующим стрессом военного времени. Иными словами, в отдаленном периоде после участия в боевых действиях наиболее значимой предпосылкой рецидивирования и хронического течения психических расстройств у ветеранов становятся психотравмирующие влияния мирного времени.

6.5. Связь психических нарушений у участников боевых действий с мотивацией к продолжению службы

Изучение связи психических нарушений с мотивацией на участие в боевых действиях показало, что с положительной или отрицательной установкой на службу не связан ни один из облигатных признаков ПТСР. С мотивацией на службу оказались не связаны также проявления тревоги, симптомы депрессии, аутоагрессивное поведение. То есть, сами по себе симптомы ПТСР и аффективные нарушения обусловлены боевым стрессом. Другое дело – характер их предъявления и динамика самочувствия и поведения пациентов. Так, положительная мотивация на службу предопределяет самостоятельное обращение военнослужащих с просьбой о выписке, твердое выражение намерения вернуться в свое воюющее подразделение. Негативное отношение к службе, наоборот, предопределяет длительное лечение в стационаре и дальнейшую необходимость перевода в военный госпиталь для продолжения терапии и решения экспертных вопросов.

С отсутствием мотивации на возвращение в зону боевых действий оказались связаны невротические нарушения вообще и, частности, диссоциативные, соматоформные симптомы, демонстративная манера предъявлений жалоб и признаков болезни. Это вполне согласуется с представлениями о возникновении этих расстройств в условиях интрапсихического конфликта – противоречий между потребностями и внешними условиями.

Напротив, выявление эндогенных психозов и наличие агрессивного поведения в большей мере ассоциированы с положительным отношением к продолжению участия в боевых действиях. В основе сопряженности агрессивного поведения с мотивацией на участие в боевых действиях, думается, лежат как исходные патохарактерологические черты с повышенной агрессивностью, так и приобретенные личностные трансформации, вызванные действием

боевого стресса, но и те, и другие закрепляются в боевой обстановке и обеспечивают успешную адаптацию к условиям войны.

У больных с расстройствами круга шизофрении (шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства) частая положительная мотивация к участию в боевых действиях, как нам представляется, может быть обусловлена эмоциональной дефицитарностью, определяющей низкую чувствительность к травматическому стрессу, слабым осознанием рисков и недостаточным прогнозированием последствий, а также неспособностью адаптироваться в мирной жизни. Все эти обстоятельства указывали при расспросах сами пациенты с шизофренией и другими «расстройствами шизофренического круга».

6.6. Нарушения поведения: суицидальные попытки и агрессивные действия

Среди нарушений поведения специально анализировались представляющие наибольшую опасность агрессивное и аутоагрессивное поведение. В целом суицидальные попытки и высказываемые намерения не показали надежной связи с факторами боевой обстановки и довоенной predisposition. Лишь суицидальные угрозы и демонстративные приготовления чаще отмечались у военнослужащих, которые переносили на фронте РБС. Эти реакции характеризовались остротой, нередко бурными, в том числе истерическими, проявлениями, картине которых, среди прочего, присуще истинное или демонстративное суицидальное поведение. Предпринятые участниками боевых действий суицидальные попытки не показали значимой сопряженности ни с одним из симптомов-признаков ПТСР и ни с одним из других сопутствующих психопатологических симптомов – невротических, аффективных, психоорганических или психотических. Суицидальное поведение не зависело также и от установки на продолжение службы. Здесь обязательно следует пояснить, что полученные данные касаются только военнослужащих с незавершенными суицидами и только тех, которые попали на лечение в специализированный стационар тыла. Самоубийства, совершенные на фронте и на войсковых этапах медицинской помощи, очевидно, возникают в иных обстоятельствах, могут иметь связь с другими клиническими особенностями, поэтому требуют специального изучения.

Повышенная агрессивность участников боевых действий показала значимую связь с перенесенными в прошлом травмами головы и контузиями на фронте, с довоенным употреблением наркотиков и алкоголизмом, а также исходно высокой агрессивностью, на наличие которой могут указывать довоенные судимости. Логистическая регрессия показала, что предиктором агрессивности в отдаленном периоде становится пережитый в давнем прошлом вражеский плен. Агрессивность часто является выражением аффективных и поведенческих

реакций, но не типична для других РБС, в которых преобладает невротическая и депрессивная симптоматика. Агрессивное поведение вообще напрямую связано с возбудимостью, угрюмо-злобным компонентом настроения, психотическими симптомами и не свойственна тревожным и депрессивным нарушениям. Важным представляется также, что агрессивное поведение показывает прямую связь с положительной установкой на возвращение в часть, ведущую боевые действия. Последнее подтверждает распространенную точку зрения, что успешной адаптации на войне, среди прочего, сопутствует готовность к проявлению агрессии.

6.7. Контузии: связь с другими патогенными факторами и психопатологические последствия

Перенесенные время военных конфликтов контузии показали значимую сопряженность с другими стресс-факторами боевой обстановки, а также с наличием симптоматики ПТСР вообще и частных его проявлений – повторных переживаний травмирующих событий, избегания всего, что о них напоминает, ожидания опасности и повышенной реактивности на стимулы, ассоциированные с психической травмой, повышенной возбудимостью и даже изменениями личности. С одной стороны, все это подтверждает комплексный механизм боевой психической травмы, а с другой – смешанный и сложный до неразрывности характер её психопатологических последствий, издавна отмечавшийся отечественными психиатрами.

У участников и ветеранов боевых действий контузия, полученная на фронте, продемонстрировала прямые ассоциации с проявлениями боевого ПТСР, а также с астенической симптоматикой, дисфорией, диссоциативными нарушениями, эпизодами сурдомутизма в остром периоде после травмы, нарушениями речи, ослаблением памяти при патопсихологическом исследовании.

Связь диагностированной в войсковом звене контузии с эвакуацией с поля боя в госпиталь, с ранениями и увечьями прямо указывает на то, что медицинская регистрация факта травмы мозга делается чаще всего, когда военнослужащий получает ранения и требует по этой причине эвакуации. То есть многие контузии остаются недиагностированными, их наличие в анамнезе остается неподтвержденным. В таких обстоятельствах удостоверение контузии медицинскими документами не решает проблемы дифференциального диагноза и исключения диссоциативных и психологически мотивированных симптомов. В частности, подтвержденная контузия, в отличие от неподтвержденной, оказалась прямо сопряженной с диссоциативными нарушениями. Тут надо сказать, что военнослужащий с выраженными диссоциативными нарушениями и их демонстративным предъявлением скорее добивается оказания медицинской помощи. При этом подтвержденные документами контузии и контузии со слов пациентов оказались в равной степени ассоциированными с симптомами ПТСР.

Наличие в анамнезе сведений о перенесенной контузии, ранении головы или другой черепно-мозговой травме влияло на установку диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга из диагностических групп F04, F06 и F07. Опорными психопатологическими признаками этих расстройств становились наличие астении, эмоциональной неустойчивости, ослабления памяти и инертности мышления.

6.8. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

У участников и ветеранов боевых действий все формы злоупотребления алкоголем, особенно феноменологическое определение наличия и диагностика зависимости напрямую зависели от наличия у больного общепризнанных критериев диагностики – синдрома измененной реактивности, абстинентного синдрома, патологического влечения с утратой контроля, характерных изменений личности. При этом диагностические критерии и осложнения алкоголизма показали высокую сопряженность между собой, которая обеспечивала надежность его выявления и диагностики. С фактом выявления алкогольной зависимости напрямую были ассоциированы различные межличностные и социальные проблемы, перенесенные больными делириозный синдром, эндоформные психозы и органическое бредовое расстройство.

Злоупотребление и зависимость от алкоголя показали связь с психическими расстройствами в давнем анамнезе, довоенным алкоголизмом и употреблением наркотиков, с черепно-мозговыми травмами, большинство которых обследуемые получали в состоянии опьянения, и, напротив, продемонстрировали отсутствие ассоциации или даже обратную связь с собственно боевыми стрессорами.

Обследованные с признаками злоупотребления и зависимости часто обращались к спиртному в боевой зоне, чего не наблюдалось среди тех, у кого при обследовании не обнаруживалось склонности к пьянству.

Алкогольная зависимость у участников и ветеранов военных конфликтов не имеет значимой связи с клиническими проявлениями ПТСР и другими эмоциональными и невротическими расстройствами, но сопровождается различными осложнениями – когнитивным дефицитом и психозами алкогольного и смешанного генеза. Тому, что депрессивные и невротические симптомы чаще встречаются у не склонных к пьянству участников боевых действий, могут быть разные причины. Например, алкоголизм, как более тяжелое психическое расстройство, поглощает психопатологию относительно легких регистров; или алкоголизация маскирует эмоциональные нарушения и невротического проявления; или психическая реакция на травму у зависимых военнослужащих протекает в форме усиления алкоголизации, а не развития клинически очерченных эмоциональных и

невротических нарушений. Так или иначе, полученные данные противоречат утверждениям, что алкоголизм показывает коморбидность психопатологическим последствиям боевого стресса, эмоциональным и невротическим расстройствам.

Отсутствие связи алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем с симптомами ПТСР и факторами боевой обстановки подтверждается в отдаленном периоде после боевых действий. Частота выявления признаков зависимости и общее число ветеранов, которые злоупотребляли спиртным, оказались неотличимыми от аналогичных показателей среди военнослужащих, которые никогда не принимали участия в боевых действиях. Симптомы зависимости от алкоголя в отдаленном периоде после участия в боевых действиях не показали сопряженности ни с симптомами ПТСР, ни с другими психическими нарушениями невротического или аффективного регистров. Зависимость от алкоголя и злоупотребление алкоголем обнаруживали прямую ассоциацию лишь с частым употреблением спиртного в довоенный период и во время боевых действий. Тем не менее, алкоголизм имеет особое значение и место в структуре психической патологии отдаленного периода после боевых действий – около половины ветеранов злоупотребляют спиртным или имеют признаки зависимости, а то, что их доля совпадает с группой сравнения, указывает на общие механизмы аддикции. Вполне возможно, пристрастие к алкоголю замещает собой пограничные психические нарушения, а вот механизм такой «подмены» требует изучения в рамках исследований с проспективным, экспериментальным дизайном и с применением биологических методов.

Тем не менее представленные данные указывают, что в возникновении зависимости от алкоголя влияние факторов боевой обстановки не имеет решающего значения. Злоупотребление спиртным на войне типично для военнослужащих ранее уже имевших алкогольный анамнез, а развитие зависимости происходит вне связи с появлением симптомов ПТСР или других психических расстройств. То есть, когда мы говорим об алкоголизме, который выявляется непосредственно в период боевых действий или сразу после эвакуации, есть основания усматривать его происхождение и формирование в довоенное время и всего лишь проявление в условиях боевых действий. Формирование алкогольной патологии уже после участия в боевых действиях, скорее всего, не имеет специфических особенностей.

6.9. Диагностика психических расстройств

В отдаленном периоде после боевых действий клинико-психопатологическая картина диагностированных невротических расстройств у ветеранов оказывалась схожей с невротическими расстройствами в выборке военнослужащих, которые не имели боевого опыта.

Отличия заключались в наличии симптомов, входящих в перечень критериев диагностики ПТСР – повторного переживания (интрузии), избегания и изменений личности. Однако проявления аффективной неустойчивости у ветеранов и пациентов группы сравнения с невротическими расстройствами обнаруживались примерно с равной частотой, что еще раз подтверждает их совершенно неспецифический для последствий боевого стресса характер. Также ветераны по сравнению с другими пациентами с невротическими расстройствами чаще проявляли дисфорию и имели диссоциативные нарушения, хотя из-за небольшого числа таких наблюдений статистически значимых различий не получено.

В когорте ветеранов невротические расстройства показали сопряженность с алкогольной зависимостью, что объясняется общей тенденцией к гиподиагностике алкоголизма среди ветеранов. Так, в случаях первой госпитализации при сочетании признаков зависимости и каких-либо симптомов невротического или эмоционального регистров предпочтение отдавалось диагнозу невротического расстройства, тогда как наркологическая патология относилась к осложнению или вовсе вуалировалась.

У ветеранов с случаями диагностированных невротических расстройств (в том числе расстройств приспособительных реакций, смешанного тревожного и депрессивного расстройства, тревожно-фобических, соматоформных и конверсионных расстройств) симптомы последствий боевого стресса имели подчиненный характер по отношению к другим невротическим и аффективным нарушениям, не выдвигались в качестве основных жалоб и лишь в незначительной мере оказывали влияние на социальное функционирование пациентов с диагностированными невротическими расстройствами. Состав и частота различных невротических и эмоциональных нарушений у ветеранов с диагностированными невротическими и в подгруппе с диагностированным ПТСР почти полностью совпадали, и лишь ипохондрия чаще отмечалась у ветеранов с невротическими расстройствами.

Итак, диагноз невротического расстройства устанавливался участникам и ветеранам боевых действий с наличием в картине болезни постстрессовых симптомов, которые имели разрозненный характер, т.е. не образовывали целостного синдрома с различными проявлениями повторного переживания и избегания травмы, а явления повышенной возбудимости не приобретали эксплозивной формы. Одновременно с этим в клинической картине доминировали другие симптомы невротического регистра: астенические нарушения, легкая депрессия, соматоформные и тревожно-фобические нарушения. Логистическая регрессия предикторами диагностики невротических расстройств определяет наличие любой тревожной и невротической симптоматики и отсутствие в клинической картине симптомов ожидания

опасности, признаков снижения памяти и инертности мышления, а также развитие болезненного состояния на фоне психотравмирующей ситуации мирного времени.

Особенности диагностики органических психических расстройств в связи с травмой головного мозга лучше прослеживаются у ветеранов, обследованных в отдаленном периоде после боевых действий. У ветеранов они отличались от военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях, лишь более частым наличием симптомов интрузии, избегания и реакций вследствие ожидания опасности, и значимо меньшим числом пациентов с повышенной возбудимостью и тяжелыми когнитивными расстройствами – проявлениями амнестического синдрома, значительным ослаблением интеллекта.

Относительно небольшая частота тяжелых когнитивных нарушений у ветеранов объясняется значительной представленностью у них симптомов стрессовых расстройств, которые усугубляли дезадаптацию еще на ранних этапах болезненного процесса.

Возбудимость в подгруппе ветеранов с органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга отмечалась реже, чем в группе сравнения, и не показала приоритетной связи с ослаблением памяти, качества мышления и эпилептическими припадками, зато была ассоциирована с другими симптомами ПТСР. Наличие стрессовых симптомов у пациентов, перенесших контузии и, в том числе, ветеранов с диагностированными органическими психическими расстройствами, свидетельствует о сложном патогенезе и участии в их развитии и декомпенсации психогенных факторов. Причем среди условий, провоцирующих аффективные вспышки, важное место имеют ситуации, ассоциированные с травматическим событиями. С повышенной возбудимостью оказались связаны все случаи дисфории и агрессивного поведения ветеранов с органическими психическими расстройствами после ЧМТ.

У ветеранов с диагностированными органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга отмечается значимая сопряженность облигатных признаков ПТСР и ряда симптомов пограничного регистра – диссоциативных и соматоформных, ипохондрии, тревоги и сценического рисунка поведения. Иными словами, психические расстройства после контузии включают сочетания преимущественно легких и умеренных когнитивных нарушений, невротоподобных нарушений и симптомов ПТСР.

Однако диагноз органического психического расстройства, в сравнении с остальными ветеранами, в том числе с теми, у кого диагностировали невротические расстройства, показал прямую связь с нарушениями памяти, инертностью мышления, эпилептическими припадками, повышенной возбудимостью (аффективной неустойчивостью) и астенической симптоматикой. То есть в основу диагностики были положены основные признаки психоорганического

синдрома из триады Вальтера-Бюэля (H.R. Walther-Büel, 1951) и другие симптомы, типичные для органической психической патологии.

Случаи диагностированных органических психических расстройств в связи с ЧМТ убедительно демонстрируют комплексный характер боевой психической травмы – в сравнении с остальными ветеранами они имеют значимую прямую связь не только с контузией, полученной в боевой обстановке, но и с участием в боях и полученными ранениями. По сравнению с ветеранами с установленным диагнозом ПТСР, они показывают прямую ассоциацию только с ЧМТ. Логистическая регрессия предикторами диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга также определяет только ЧМТ мирного и военного времени.

Зависимость от алкоголя диагностировалась в тех случаях, когда у ветеранов имели место основные наркологические синдромы и отсутствовали или были незначительно выраженными признаки ПТСР. Причем наличие или отсутствие других невротических или аффективных нарушений не влияли на диагностику алкогольной зависимости. Диагнозы F10.x не обнаружили связи ни с одним из стрессоров военного времени, а среди факторов довоенной predisposition имели сопряженность лишь с частым употреблением алкоголя. Логистическая регрессия предикторами диагноза зависимости от алкоголя и других психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, определяет только наркологические симптомы – абстинентный синдром, повышенную толерантность и запойные приступы.

На рисунке 6.3. показаны выделенные с помощью моделей логистической регрессии психопатологические и анамнестические предикторы диагностики различных психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий.

Вынесение того или иного диагноза в ситуации одновременного наличия выраженных облигатных признаков ПТСР и по отношению к нему факультативных психических нарушений должно строиться на решении следующих вопросов:

- 1) возникли психопатологические симптомы после воздействия комплекса боевых стресс-факторов или отмечались до участия в боевых действиях;
- 2) звучит ли в болезненных переживаниях – тревоге, тоске, чувстве вины или отчаяния – тема травмирующего стресса (исключение может составлять диссоциативные расстройства, при которых переживание стрессоров может подменяться «прекрасным равнодушием» к нему);
- 3) какие симптомы преобладают в картине психического нарушения – собственно повторяющиеся переживания или ожидание опасности и гиперреактивность, или сильная тревога, депрессия и другие факультативные по отношению к ПТСР симптомы;

- 4) достигает ли депрессия уровня средней или тяжелой степени, что зависит от наличия, кроме гипотимии, ангедонии и утомляемости, таких важных для оценки тяжести признаков, как идеаторная и двигательная заторможенность, нарушение сна, утрата аппетита, потеря веса, переживания вины, тоски, безысходности и самоуничтожения, мрачного пессимизма и суицидальных мыслей и действий.

В результате анализа сопряженности различных психических нарушений у участников боевых действий с симптомами ПТСР обнаружилось, что вариативность их клинической картины определялись, в основном, наличием и составом факультативных психопатологических симптомов. Поэтому в подгруппе недавних участников боевых действий и ветеранов с симптомами ПТСР можно выделить следующие подвиды реакций на боевой травматический стресс:

- 1) комплекс преобладающих диссоциативных нарушений с демонстративным поведением выделяет обособленный подвид реакций боевого стресса в виде невротических реакций с диссоциативными нарушениями;
- 2) Сочетание панических атак с соматоформными расстройствами и признаками ПТСР и отсутствии других психических нарушений позволяет выделить тревожно-невротический вариант последствий боевого стресса.
- 3) Церебрастеническая симптоматика, сопряженная с легкими проявлениями когнитивного дефицита и симптомами ПТСР типична для военнослужащих, перенесших контузии, и представляет собой один из самых частых вариантов боевой психической патологии, возникающий вследствие сочетанного воздействия минно-взрывной и психической травмы, и которому лучше всего подходит двойной диагноз, включающий, например, органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с травмой головного мозга и ПТСР.
- 4) Комбинация тревожной и депрессивной симптоматики при наличии симптомов интрузии и ожидания опасности образует наиболее частый тревожный или тревожно-депрессивный вариант ПТСР.
- 5) Сочетание депрессии с заторможенностью, апатией и эмоциональным онемением (часто в виде психической анестезии) представляет собой депрессивные варианты реакции на травматический стресс, которые в зависимости от их тяжести и значения тех или иных факторов можно квалифицировать как реактивные депрессии, депрессивный вариант ПТСР или депрессивные реакции.

В этих обстоятельствах диагноз ПТСР при наличии сопутствующей депрессивной, тревожной и невротической симптоматики может ставиться при соблюдении следующих

условий: 1) симптомы-признаки ПТСР преобладают, влияют на поведение и отражаются в вегетативных реакциях; 2) депрессия не достигает тяжелой и даже средней степени, то есть не сопровождается двигательной и идеаторной заторможенностью, переживаниями тоски, безысходности, суицидальными действиями и психотическими симптомами; 3) другие тревожные и невротические нарушения также имеют умеренно выраженный или непостоянный характер, и в меньшей степени влияют на социальную адаптацию.

Когда у участников боевых действий выявлялась умеренная или легкая депрессия, диагноз ставился в зависимости от того, какой психопатологический синдром преобладал: депрессивный или, например, облигатные признаки ПТСР, или другая невротическая симптоматика.

Диагностировать эпизод реактивной депрессии следует в тех случаях, когда депрессия впервые возникла в период или сразу после воздействия боевых стресс-факторов, в переживаниях больного присутствует тема боевого травматического стресса, выраженность депрессии достигает средней или тяжелой степени, имеются проявления апатии, идеаторная и двигательная заторможенность, другие невротические симптомы отсутствуют или носят подчиненный депрессии характер, а признаки ПТСР отсутствуют, слабо или умеренно выражены и не являются определяющими в социальной дезадаптации. В таких случаях повторные переживания психической травмы, скорее, рассматривались как компонент «реактивной триады» К. Ясперса. Повторный эпизод депрессии можно обозначать в диагнозе как реактивный лишь в том случае, когда перенесенный в прошлом, предшествующий депрессивный эпизод также был связан с травмирующим стрессом, и есть основание считать этот прошлый эпизод психогенной депрессией. В остальных случаях, когда депрессия имеет рецидивирующий характер, ставится диагноз рекуррентного депрессивного расстройства.

Диагностировать смешанную тревожную и депрессивную реакцию, обусловленную расстройством адаптации оправдано, если депрессивная симптоматика легко или умеренно выражена, сочетается со значительно выраженными тревожными нарушениями, и они вместе возникли недавно (в пределах последних 6 месяцев) на фоне или после воздействия стрессоров боевой обстановки, и при этом облигатные симптомы ПТСР фрагментарны, легко выражены и отражаются в жалобах пациента, не проявляясь вегетативными реакциями и в поведении.

Диагноз невротического расстройства следует считать обоснованным, когда применимы следующие условия: 1) картину болезни определяют специфические невротические синдромы (диссоциативные, тревожно-фобические, ипохондрические); 2) облигатные симптомы ПТСР отсутствуют или фрагментарны, легко выражены, не сопровождаются вегетативными нарушениями и не оказывают влияния на поведение. Однако невротическое расстройство, даже

без симптомов ПТСР, может быть связано с воздействием боевых стрессоров, когда оно возникло недавно на фоне или после их воздействия, а в содержании болезненных переживаний присутствует тема боевой психической травмы. Невротическим расстройствам, особенно тревожным нарушениям, может сопутствовать легкая депрессивная симптоматика. У недавних участников боевых действий доля невротических состояний с минимальной выраженностью симптомов ПТСР небольшая, и среди них чаще всего наблюдаются диссоциативные нарушения и хроническая тревога, тогда как остальные синдромы, например, панические и соматоформные, преобладающими оказываются очень редко. В отдаленном периоде после участия в боевых действиях невротические расстройства в целом отмечались значительно чаще, но в сюжете переживаний тема боевых действий звучала значительно реже. Симптомы ПТСР при них, если и были, имели разрозненный характер, мало влияли на адаптацию индивида и обнаруживались чаще всего при специальном расспросе.

Примерная схема диагностики психических расстройств эмоционального и невротического регистров у участников боевых действий может выглядеть следующим образом (рисунок 6.4. приложения к настоящей главе):

- 1) выраженные и доминирующие в клинической картине облигатные симптомы ПТСР и тревоги, с возможным сочетанием с легкими или умеренно выраженными, или непостоянными депрессивными и/или невротическими симптомами – диагноз ПТСР (F43.1);
- 2) отсутствие симптомов ПТСР и легкие симптомы депрессии, или симптомы ПТСР при наличии средней тяжести или тяжелых симптомов депрессии – депрессивный эпизод в рамках какого-либо расстройства настроения (F31.4, F31.4, F32, F33);
- 3) отсутствие симптомов, легкие или умеренные симптомы ПТСР при доминирующих в клинической картине и по влиянию на функционирование любых симптомов невротического регистра – невротическое расстройство, кроме ПТСР (F40-48 кроме F43.1).

В частых случаях, когда у участников и ветеранов боевых действий в клинической картине сочетаются различные психопатологические симптомы и симптомокомплексы, выбор основного диагноза наряду с экспертным значением, определяет методы терапии, которая в настоящее время регулируется клиническими рекомендациями.

Общая структура психических расстройств, которые часто диагностируются у недавних участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после войны, представлена на рисунке 6.5. в приложении 6.

Неразрывное множество и вариативность облигатных постстрессовых и сопутствующих им симптомов, разные комбинации которых свойственны тем или иным диагностированным у ветеранов психическим расстройствам показывает отсутствие четких психопатологических

границ и ограниченные возможности дискретной классификации болезней. Например, у ветеранов, перенесших в боевой зоне контузии, даже при отсутствии подтверждающих документов и наличии симптомов ПТСР, выявление частых и выраженных эмоциональных, особенно эксплозивных, реакций, инертности психических процессов и, тем более, признаков ослабления памяти, склоняет диагноз в сторону органического психического расстройства. Напротив, даже при наличии в анамнезе контузии, преобладание в психическом статусе невротических, тревожно-депрессивных нарушений и симптомов интрузии и избегания при отсутствии взрывных аффективных реакций, снижения качества мышления и ослабления памяти истолковывается, как невротическое или связанное со стрессом расстройство. Примерная схема анализа психопатологических проявлений и диагностики психических расстройств у ветеранов боевых действий представлена в приложении 6 на рисунке 6.6.

Во многих случаях, когда невротическая или депрессивная симптоматика, проявления органической психической патологии возникли после воздействия боевого стресса, доминирует над имеющимися признаками ПТСР или выражены примерно в равной степени, компромиссным и отражающим клиническую реальность может стать применение двойного диагноза. В таком варианте первое психическое расстройство будет определять лечение и экспертное решение, а упоминание в диагнозе ПТСР показывает связь психического расстройства с воздействием травматического стресса.

6.10. Лечение психических расстройств у участников боевых действий

При лечении участников боевых действий в психиатрическом стационаре психофармакотерапия исходила, в основном, из преобладавшей психопатологической симптоматики. Диагноз ПТСР не показал значимой связи с какими-либо лекарственными средствами. Предпосылками назначения антидепрессантов из группы СИОЗС служил самый широкий спектр психических нарушений: диагноз F43.2 «Расстройство приспособительных реакций», признаки ПТСР (интрузия, избегание, эмоциональное онемение), а также умеренная тревожно-депрессивная симптоматика, другие невротические симптомы, такие как панические атаки, астенические и соматоформные нарушения. СИОЗС не назначались больным с психотическими расстройствами и очень редко назначались пациентам, которые проявляли агрессию.

ТЦА чаще всего применялись при наличии выраженной депрессивной симптоматики и установленном диагнозе депрессивного эпизода или рекуррентного депрессивного расстройства (РДР), и не назначались при установленном диагнозе ПТСР и в случаях агрессивного поведения.

Другие антидепрессанты, миртазапин и ИОЗСН, назначались в случаях диагностированных аффективных расстройств – депрессивного эпизода или РДР, а также при наличии симптомов ПТСР, в частности, интрузии и ожидания опасности.

Антипсихотики первого поколения применялись при купировании агрессивного поведения. Антипсихотики второго поколения, наоборот, использовались в порядке аугментации антидепрессантов при лечении выраженной депрессии.

При установленном диагнозе органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга чаще всего назначались нормотимики, нейрометаболические стимуляторы и церебропротекторы.

В клинической практике лечения психических расстройств у участников боевых действий часто назначались различные комбинации лекарственных средств. Несмотря на частое использование комбинированной психофармакотерапии, она далеко не всегда имела характер определенной тенденции, но скорее, определялась конкретной клинической ситуацией и отражала поиск более удачных схем терапии. В результате значимые прямые связи были установлены всего лишь в отношении двух пар психотропных средств: 1) СИОЗС с транквилизаторами; 2) ТЦА и АВП.

Итак, выявленные отдельные закономерности выбора лекарственного препарата и его аугментаций отражают разные стороны практической психофармакотерапии боевых стрессовых расстройств: 1) попытки следовать научным и клиническим рекомендациям – частое назначение СИОЗС и их комбинаций с транквилизаторами, отказ от одновременного применения двух антидепрессантов; 2) клинический рационализм – назначение АПП при агрессивности, неприменение комбинаций АПП и АВП, АПП и транквилизаторов; 3) поиск более успешных вариантов лечения исходя из конкретной клинической ситуации – назначение ТЦА при доминировании депрессивной симптоматики и использование комбинации ТЦА и АВП в случаях тяжелой депрессии. При этом назначение, например, антидепрессантов и антипсихотиков чаще всего согласуется с клиническими рекомендациями по лечению психических расстройств, психопатологическая картина которых выступает на первый план, доминируя над признаками последствий травматического стресса.

Таким образом, следование различным предложениям и клиническим рекомендациям по лечению ПТСР, в которых в терапию первой линии внесены антидепрессанты из группы СИОЗС или ИОЗСН, можно считать оптимальным, когда выражены преимущественно облигатные симптомы ПТСР. Однако такие пациенты нечасто поступают на лечение в психиатрический стационар. В большинстве ситуаций, когда в клинической картине преобладают другие невротические нарушения, депрессивная симптоматика, органические или

психотические расстройства, предпочтительно ориентироваться на алгоритмы, предложенные в посвященных им клинических рекомендациях. Общий подход к оказанию психиатрической помощи участникам боевых действий, поступающим на лечение в психиатрический стационар, приведен на рисунке 6.7.

ВЫВОДЫ

1. Факторы риска, выявлявшиеся у участников и ветеранов боевых действий, при анализе их сопряженности образуют три обособленные группы:

а) боевые патогенные факторы, включающие участие в боях, артобстрелы и атаки дронов, ранения и контузии, которые в совокупности имеют значение главной детерминанты боевой психической патологии;

б) довоенные неблагоприятные факторы – наследственная отягощенность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, черепно-мозговые травмы, судимость – оказывали влияние по большей части изолированно, являясь факторами индивидуальной predisпозиции;

в) психотравмирующие ситуации послевоенного времени, которые имеют ключевое значение в развитии психических расстройств невротического регистра у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий.

1.1. Основные диагностические признаки ПТСР – интрузия, избегание, чувство текущей повышенной угрозы с чрезмерными реакциями на стимулы, ассоциированные с травмой, возбудимость и изменения личности – во всех группах участников и ветеранов войн напрямую связаны со стресс-факторами боевой обстановки, с перенесенными контузиями и ранениями. Они, как правило, не имели ассоциаций с составляющими довоенной predisпозиции, но обострялись на фоне психотравмирующих ситуаций послевоенного времени.

1.2. Депрессивная симптоматика, возникающая в период воздействия травматических факторов боевой обстановки, становится ранним проявлением дезадаптации и маркёром последующих затяжных эмоциональных расстройств.

1.3. Диссоциативные нарушения возникали, чаще всего, при наличии истерических черт характера, после воздействия боевого стресса и контузий, и почти всегда с участием механизма условной желательности.

1.4. Большинство расстройств невротического регистра в отдаленном периоде после боевых действий возникали или обострялись в связи с психотравмирующими ситуациями мирной жизни.

1.5. Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость у недавних участников и ветеранов боевых действий сопряжены с комплексом факторов довоенной predisпозиции, с обстоятельствами послевоенного времени и конфликтами на службе, но не имеют прямого отношения к боевым стрессорам.

2. У ветеранов, которые поступают на лечение в психиатрический стационар, клиническая картина последствий боевой психической травмы включает широкий спектр психических нарушений, которые выходят за рамки набора признаков ПТСР и охватывают тревожные, депрессивные, соматоформные, диссоциативные нарушения, органическую психическую патологию, а также в отдельных случаях психотические симптомы.

2.1. У ветеранов, которые проходят лечение в психиатрическом стационаре в ближайшем и отдаленном периоде после участия в боевых действиях, основными, наиболее частыми являются симптомы-признаки ПТСР – интрузия, избегание, чувство опасности, повышенная возбудимость и изменений личности. Они имеют значимую сопряженность и образуют группу облигатных или ядерных проявлений психической реакции на воздействие комплекса боевых стрессоров. Содержание повторяющихся переживаний, выраженные реакции испуга в ответ на стимулы, ассоциированные с опасностями боевой обстановки, повышенная возбудимость в различных эмоционально значимых ситуациях и характерные изменения личности позволяют выделить особый вариант стрессовых расстройств – боевое ПТСР.

2.2. Симптомы ПТСР почти всегда возникают в самые ближайшее время после прекращения действия боевых травматических факторов и имеют разную степень выраженности, в частности, наблюдаются как у военнослужащих с легкими расстройствами, быстрым улучшением психического состояния и восстановлением боеспособности, так и у пациентов с длительно персистирующими и тяжелыми психическими нарушениями.

2.3. С облигатными признаками ПТСР у ветеранов, получающих стационарное лечение в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий, всегда сопряжены хроническая или пароксизмальная тревога, депрессия, проявления астении, соматоформные и диссоциативные нарушения. Они образуют различные сложные психопатологические комплексы, вне которых симптомы ПТСР встречаются в единичных случаях и представлены, как правило, в легкой степени.

3. Симптомы ПТСР у участников и ветеранов боевых действий представлены в широком континууме стресс-провоцированных психических изменений, на полюсах которого стоят адаптивные психологические реакции и, напротив, тяжелые реактивные депрессии и реактивные психотические расстройства.

3.1. Среди психопатологических последствий боевой психической травмы, по поводу которых недавние участники боевых действий получали лечение в психиатрическом стационаре, имели место следующие клинические варианты: 1) реакции дезадаптации с преобладающей тревожно-невротической симптоматикой и умеренно выраженными симптомами ПТСР; 2) тревожный

вариант боевого ПТСР, когда доминируют симптомы интрузии и ожидание опасности с усиленными реакциями испуга; 3) вариант ПТСР с преобладанием повышенной возбудимости (эпилептоидными изменениями личности); 3) депрессивный вариант (психогенная депрессия), когда интрузия, явления избегания и феномены эмоционального онемения подчинены доминирующему аффекту и проявляют его реактивный механизм; 4) прослеживающиеся у ветеранов, перенесших контузии, органические психические расстройства с различными эмоционально-волевыми нарушениями, симптомами ПТСР, церебрастенией и легкими когнитивными нарушениями; 5) вариант последствий боевой психической травмы с диссоциативной симптоматикой, которая, как правило, не ассоциирована с выраженными симптомами ПТСР или сопровождается феноменами избегания воспоминаний о психической травме.

3.2. У ветеранов, получавших стационарное лечение в отдаленном периоде после боевых действий, имели место следующие варианты психопатологических последствий боевой психической травмы: 1) тревожный вариант ПТСР; 2) вариант боевого ПТСР с эпилептоидными изменениями личности; 3) органические психические расстройства в связи с перенесенными контузиями, которые проявлялись эмоционально-волевыми нарушениями, церебрастенией и легкими когнитивными нарушениями, сочетавшимися с легкими симптомами ПТСР. Невротические расстройства в отдаленном периоде после боевых действий не показывают ассоциаций с факторами боевой обстановки и симптомами ПТСР и всегда имели связь с психотравмирующими ситуациями мирного времени.

3.3. Выявленные при обследовании в психиатрическом стационаре в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий шизофрения с другими бредовыми расстройствами и наркологическая патология (зависимость от алкоголя и наркотиков) возникают вне связи с воздействием боевых травматических факторов и показывают ассоциации с неблагоприятными факторами довоенного и послевоенного времени.

4. У участников и ветеранов боевых действий, которые поступали на лечение в психиатрический стационар, суицидальные попытки предпринимали 7,9%, агрессивность в поведении проявляли 28,6% пациентов.

4.1. Суицидальные попытки и высказываемые намерения в изучаемой выборке не показали значимой связи с факторами боевой обстановки и довоенной предрасположенности, ни с одним из симптомов-признаков ПТСР и ни с одним из других сопутствующих психопатологических симптомов.

4.2. Повышенная агрессивность у участников боевых действий показала значимую связь с перенесенными в прошлом травмами головы и контузиями на фронте, с довоенным употреблением наркотиков и злоупотреблением алкоголем, с высокой агрессивностью в довоенное время. Агрессивное поведение напрямую связано с возбудимостью, угрюмо-злым компонентом настроения, а также с психотическими симптомами.

5. Общая структура психической патологии участников и ветеранов боевых действий, которые проходили лечение в психиатрическом стационаре, выходит далеко за рамки ПТСР и охватывает все психопатологические регистры.

5.1. У ветеранов боевых действий, которые получали лечение в психиатрическом стационаре в ближайший и отдаленный период после боевых действий, самыми частыми были следующие четыре диагностические группы:

- органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга (F06x0), которые диагностируются чаще всего – у 26,4% участников боевых действий, у 31,9% ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий;
- депрессивные расстройства (F32 и F33), которые выявляются у 23,6% участников боевых действий и у 3,2% ветеранов в отдаленном периоде;
- ПТСР (F43.1), включающее изменения личности, диагностированное у 18,6% участников боевых действий, у 5,6% ветеранов в отдаленном периоде после них;
- реакции дезадаптации и другие невротические расстройства, которые диагностировались у 4,3% участников боевых действий и у 20,3% ветеранов в отдаленном периоде.

5.2. Установление диагноза психического расстройства у ветеранов боевых действий основано на приоритетном выявлении симптомов аффективного и невротического регистров, когнитивных нарушений, отклонений поведения и психотических симптомов, которые, как правило, преобладают по своей выраженности в картине болезни. Симптомы, входящие в перечень критериев диагностики ПТСР, всегда учитываются в качестве клинических маркёров участия боевых травматических факторов в развитии болезненного состояния, однако влияют на установку диагноза и выбор терапии при отсутствии или легкой выраженности выше названных симптомов, или в тех случаях, когда облигатные проявления ПТСР определяют поведение пациента.

6. Организационная модель оказания стационарной психиатрической помощи участникам и ветеранам боевых действий исходит из различий феноменологии, синдромальной структуры и тяжести психопатологических последствий боевой психической травмы, прогнозируемой

длительности их наиболее выраженных проявлений и их влияния на способность выполнять обязанности военной службы, а также различных подходов к лечению.

6.1. Обследование и лечение в стационаре показано при наличии в картине постстрессовых расстройств выраженной аффективной неустойчивости с риском проявления агрессии, других нарушений поведения, признаков депрессии, психотической симптоматики, диссоциативных симптомов и психопатологических последствий контузии. Сами по себе симптомы ПТСР, если они были выявлены у военнотружущего участника боевых действий на основании жалоб и не сопровождаются нарушениями поведения, обычно не оказывают отрицательного влияния на боеспособность, поэтому не требуют стационарного лечения и изменения категории годности к военной службе. Наряду с особенностями психопатологической картины психических нарушений в оценке прогноза течения психических расстройств следует принимать во внимание наличие или отсутствие установки на продолжение службы, которые значительно влияют на перспективы выздоровления.

6.2. Модель терапии психопатологических последствий боевой психической травмы в психиатрическом стационаре подразумевает применение множественных алгоритмов терапии различных выявляемых психических расстройств, и нацелена на скорейшую редукцию или ослабление наиболее тяжелых психических нарушений – психотических симптомов, депрессии, аффективной неустойчивости и агрессивности, диссоциативных нарушений. В частности, антидепрессанты из группы СИОЗС или ИОЗСН целесообразно назначать, только когда преобладают облигатные симптомы ПТСР или другие симптомы невротического регистра. Если в клинической картине выражена депрессивная симптоматика, предпочтительно назначение миртазапин или ТЦА, при тяжелой депрессии – комбинация ТЦА и АВП. При повышенной возбудимости оптимальным становится назначение нормотимиков или АПП, а для устранения агрессивности – АПП. Ослабление диссоциативных симптомов быстрее всего происходит на фоне терапии седативными АПП с корректирующим поведение действием.

6.3. Психотерапия ближайших последствий боевой психической травмы в условиях стационара имеет ограничения, связанные с кратким периодом времени лечения, частым отсутствием у ветеранов боевых действий мотивации к возвращению на службу и условной желательностью сохраняющихся симптомов психического расстройства. В таких обстоятельствах оптимальными являются приемы краткосрочной терапии: психообразование, аутотренинг и релаксация, построение плана безопасности, ориентированная на решение терапия. В отдаленном периоде на предупреждение возникновения и развития невротических расстройств, связанных с психотравмирующими обстоятельствами мирного времени, должны быть направлены мероприятия психосоциальной профилактики, реабилитации и психотерапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Клинико-психопатологическое исследование должно быть направлено на выявление вариантов психических расстройств, при которых выражены и преобладают различные синдромы – ядерный симптомокомплекс ПТСР, психогенная депрессия, реакции дезадаптации, включающие невротические и патохарактерологические варианты, психические нарушения в связи с травмой головного мозга, ассоциированные со стрессом психотические расстройства.

При изучении анамнеза необходимо выявлять в каждом случае особенности боевого стресса, так как различные патогенные факторы военного и мирного времени имеют некоторую направленность вызываемых ими последствий: пребывание в плену становится предпосылкой многих выраженных психических расстройств – симптомов ПТСР (особенно избегания и комбатантных изменений личности), депрессии и дисфории, диссоциативных симптомов, суицидального поведения и агрессивности; контузии, сочетая в себе структурные повреждения тканей мозга и мощный психотравмирующий эффект, в ближайшее время после травмы вызывают полиморфную психопатологическую симптоматику – церебрастению, преходящие очаговые нарушения психических функций (зрения, слуха, речи), симптомы ПТСР и диссоциативные нарушения, а в отдаленном периоде становятся ключевым фактором развития органической психической патологии. Конфликты с сослуживцами во время боевых действий оказываются самой частой предпосылкой реакций дезадаптации. Психотравмирующие ситуации в послевоенное время выступают основным фактором развития в отдаленном периоде невротических расстройств и провоцируют отсроченные обострения симптомов ПТСР.

Необходимо принимать во внимание наличие или отсутствие установки на возвращение в строй, которая является важным условием скорейшего восстановления боеспособности участника боевых действий. Выявление негативного отношения к возвращению в строй и условной желательности болезни у военнослужащего, уже поступившего на лечение в психиатрический стационар, предполагает применение ограниченного набора кратких психотерапевтических вмешательств, экономящих ресурсы, назначение антипсихотиков «корректоров поведения», которые предупреждают утяжеление истеро-конверсионных нарушений и в ряде случаев значительно уменьшают их выраженность.

Диагноз ПТСР следует считать основным, а депрессивную симптоматику – сопутствующей, когда: 1) симптомы-признаки ПТСР выражены, а пониженное настроение не доминирует в картине болезни и носит подчиненный характер; 2) депрессивные симптомы возникли после боевого стресса; 3) депрессия не достигает тяжелой и даже средней степени, то

есть не сопровождается двигательной и идеаторной заторможенностью, переживаниями тоски, безысходности, суицидальными действиями и психотическими симптомами.

Эпизод реактивной депрессии следует диагностировать, когда депрессия впервые возникла в период или сразу после воздействия боевых стресс-факторов, в воспоминаниях, представлениях и переживании вины у больного присутствует тема боевого травматического стресса, выраженность депрессии достигает средней или тяжелой степени, другие невротические и тревожные расстройства отсутствуют или носят подчиненный характер. При этом состав и выраженность признаков ПТСР при средней и тяжелой депрессии не имеет определяющего значения.

Диагноз смешанной тревожной и депрессивной реакции, обусловленной расстройством адаптации, оправдано ставить, если: 1) депрессивная симптоматика легко или умеренно выражена; 2) депрессивные и тревожные симптомы сочетаются, возникли в пределах последних 6 месяцев на фоне или после воздействия стрессоров боевой обстановки; 3) облигатные симптомы ПТСР фрагментарны, легко выражены и не проявляются в поведении.

Диагностировать другие, кроме ПТСР, невротические расстройства следует, когда картину болезни определяют синдромы невротического регистра (тревно-депрессивный, диссоциативный, тревожно-фобический, тревожно-ипохондрический или др.); облигатные симптомы ПТСР отсутствуют, или фрагментарны, легко выражены и проявляются преимущественно в жалобах пациента, без видимых вегетативных нарушений и с незначительным влиянием на поведение.

Применение двойного диагноза, когда первым называется ведущее расстройство невротического круга, а вторым – ПТСР, целесообразно, когда невротическая симптоматика доминирует над имеющимися признаками ПТСР, возникла она после воздействия боевого стресса. В таком двойном диагнозе первое и ведущее психическое расстройство будет определять методы биологической терапии и экспертное решение, а упоминание в диагнозе ПТСР показывает связь психического расстройства с воздействием травматического стресса и указывает на целесообразность психотерапии стрессовых расстройств.

Выбор организационной формы психиатрической помощи и оптимальной лекарственной терапии должны соответствовать выявленному в каждом случае клиническому варианту боевой психической патологии.

Наличие отдельных симптомов ПТСР без видимого их влияния на поведение, без выраженной депрессии, аффективной неустойчивости или диссоциативных расстройств не требует лечения в специализированном психиатрическом стационаре. В случае госпитализации после краткого обследования и диагностики, такие пациенты могут быть выписаны для

продолжения службы. Рациональным при данных обстоятельствах можно считать назначение рекомендованных для лечения ПТСР антидепрессантов из группы СИОЗС.

Полный состав признаков ПТСР, которые доминируют в картине болезненного состояния и влияют на поведение индивида, например, проявляются в виде флешбэка, обычно сочетается с другими психопатологическими симптомами и чаще всего имеет место у ветеранов, перенесших контузии. Поэтому такие пациенты нуждаются в стационарном обследовании и лечении смешанной психической патологии с применением комбинированных схем лекарственной и психотерапии. Быстро уменьшают выраженность болезненных переживаний и внешних проявлений дистресса комбинации СИОЗС или ИОЗСН с нормотимиком карбамазепином или седативным антипсихотиком первого поколения.

Проявления аффективной неустойчивости, особенно с агрессивностью, в рамках ПТСР с изменениями личности или в структуре органических психических расстройств в связи с травмой головного мозга, в стационаре требуют скорейшего купирования, для чего лучше всего подходят антиконвульсант карбамазепин и/или антипсихотики с седативным и корректирующим поведение эффектом. При умеренной выраженности эмоциональной неустойчивости может быть достаточным назначение карбамазепина и кветиапина, но появление риска агрессивных действий требует назначения хлорпромазина. Стационарное лечение таких ветеранов требует более длительного времени, иногда более месяца, и при их стойкости – изменения категории годности к военной службе из-за риска нарушений поведения в боевой обстановке.

Наличие у участников боевых действий и ветеранов, получающих лечение в психиатрическом стационаре, различных расстройств невротического круга и депрессивной симптоматики легкой и средней тяжести, вне зависимости от установленного диагноза и их ассоциации с симптомами ПТСР, также требует более продолжительного обследования и лечения. При их стойкости или рецидивировании, несмотря на лечение, необходимо проведение экспертизы на предмет годности к военной службе.

Психотические расстройства и тяжелая депрессия, вне учета наличия симптомов ПТСР, требуют лечения до устранения их острых проявлений и начала перевода на противорецидивную схему терапии. Эти ветераны не годны к военной службе. Лечение следует проводить согласно соответствующим клиническим рекомендациям – 451_3 «Шизофрения» и 301_3 «Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство». При лечении депрессии, сочетающейся с симптомами ПТСР, наиболее эффективными стали комбинации ТЦА с нормотимиками и малыми дозами АПП преимущественно седативного действия.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Выявление надежных биологических маркёров травматического стресса и структурного повреждения тканей головного мозга вследствие минно-взрывной травмы, а также определение и объективизация посредством математического моделирования признаков патологических реакций на стимулы, ассоциированные с психической травмой, будут способствовать повышению качества диагностики и прогноза вектора развития и тяжести психической патологии на разных этапах после воздействия патогенных факторов боевой обстановки, назначению своевременной и максимально эффективной терапии и разработке методов первичной профилактики боевой психической патологии.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – антидепрессант

АВП – антипсихотик второго поколения

АП – антипсихотик

АПП – антипсихотик первого поколения

БПТ – боевая психическая травма

БСР – боевое стрессовое расстройство

ГГН – гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось

ИОЗСН – ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

ЛБС – линия боевого соприкосновения

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11 – Международная классификация болезней 11-го пересмотра

МОСН – медицинский отряд специального назначения

ОМедБ – отдельный медицинский батальон

ОПР ЧМТ – органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (ЧМТ)

ПАВ – психоактивное вещество

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

РБС – реакция боевого стресса

РКИ – рандомизированное контролируемое исследование (полностью— рандомизированное слепое контролируемое сравнительное клиническое исследование)

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

ТВД – театр военных действий

ТЦА – трициклический антидепрессант

ЦНС – центральная нервная система

ЧМТ – черепно-мозговая травма

BICEPS (Brief, Immediate, Central, Expectant, Proximal, Simple) — организационный подход Сальмона–Гласса, подразумевающий кратковременную, незамедлительную, централизованную, выжидающую, приближенную к передовой, простую помощь при реакции боевого стресса

DSM-V – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, пятая версия, США (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition)

EWAS (epigenome-wide association study) – изучение ассоциаций по всему эпигеному

GWAS (genome-wide association studies) – полногеномный поиск ассоциаций

HL – тест Хосмера-Лемешева

OR – отношение шансов (Odds Ratio)

R^2_N – коэффициент детерминации Найджелкерка

W – тест Вальда

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автократов, П.М. Призрение, лечение и эвакуация душевно-больных во время Русско-Японской войны в 1904-1905 годах / П.М. Автократов // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1906. – № 11. – С.721–742.
2. Александровский, Ю.А. Непсихотические психические расстройства в рисунках, таблицах и схемах / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа., 2025. – 176 с.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей, 5-е издание / Ю.А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа., 2021. – 552 с.
4. Ахмедова, Х.Б. Фанатизм и идея мести у лиц, имеющих посттравматические стрессовые расстройства / Х.Б. Ахмедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т.13. – № 2. – С.24–32.
5. Бай-Балаева, Е.К. К вопросу о социальной ситуации развития личности воинов–интернационалистов, нёсших службу в Афганистане / Е.К. Бай-Балаева // В книге: Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации. – М., 1989. – С. 66–70.
6. Барабаш, В.И. Психоневрологическая помощь в условиях современной войны / В.И. Барабаш, В.А. Баронов, О.С. Лобастов. – Л., 1968. – 104 с.
7. Бехтерев, В.М. Война и психозы / В.М. Бехтерев // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1914/1915. – Т.19, № 4/6. – С.317–335.
8. Бехтерев, В.М. Коллективная рефлексология/В. М. Бехтерев. – Петроград: Колос, 1921. – 432 с.
9. Бондарев, Н.И. Условия возникновения и развития реактивных состояний / Н.И. Бондарев // В книге: Труды Военно-морской медицинской академии в 3-х томах. – Т. 3, ч. 1. – Л.: ВММедА, 1944.– С. 46-52.
10. Бондарев, Н.И. Психозы и психоневрозы войны / Н.И. Бондарев. – М., 1964. – С. 126-148.
11. Волошин, В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии) / В.М. Волошин. – М.: «Анахарсис», 2005. – 200 с.
12. Вырубов, Н.А. К постановке вопроса о психозах и психоневрозах войны / Н.А. Вырубов // Психиатрическая газета. – 1915. – № 5. – С. 70–72.
13. Ганнушкин, П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности / П.Б. Ганнушкин // В книге: Труды психиатрической клиники (Девичье Поле). – Выпуск 2. – М.: Издательство М. и С. Сабашниковых, 1926. – С.52–59.
14. Гиляровский, В.А. Сомато-психогенные параноиды военного времени / В.А. Гиляровский // В книге: Труды Военно-морской медицинской академии. – Т. 3, ч. 1. – Л., 1944. – С.15-23.

15. Гиляровский, В.А. Психореактивные состояния и нервно-вегетативные реакции военного времени / В.А. Гиляровский // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. – 1944. – N 8. – С. 76-81.
16. Гиндикин, В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. – 266 с.
17. Горовой-Шалтан, В.А. Неврозы. Общие данные / В.А. Горовой-Шалтан // В книге: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.: в 35 т. – М.: Медгиз, 1949. – Т. 26. – С. 39-43.
18. Грейденберг, Б.С. Краткий историко-литературный очерк учения о травматическом неврозе / Б.С. Грейденберг // В книге: Травматический невроз. – Харьков, 1918. – С.7-14.
19. Гуревич, И.С. Сравнительная оценка различных методов лечения сурдомутизма / И.С. Гуревич // В книге: Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. – Киев; Харьков: Госуд. Мед. изд-во УССР, 1946. – С. 327–335.
20. Гуревич, М.О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа / М.О. Гуревич. – М.: Издательство АМН СССР, 1948. – 237 с.
21. Гуревич, М.О., Сухарева Г.Е. Достижения советской психиатрии за годы Отечественной войны / М.О. Гуревич, Г.Е. Сухарева // Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР. Под ред. П.Б. Посвянского и А.С. Шмарьяна. – Т.3. – М., 1947. – С. 42–59.
22. Давиденков, С.Н. Истерия / С.Н. Давиденков // В книге: Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.: в 35 т. – М.: Медгиз, 1949. – Т. 26. – С. 55–91.
23. Жислин, С.Г. Об острых параноидах / С.Г. Жислин. – М.: НИИП, 1940. – 115 с.
24. Зайцев, Р.З. К организации психоневрологической помощи в 1941-1945 гг. / Р.З. Зайцев // Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 5. – С. 62–65.
25. Залкинд, Э.М. О клинике и структуре соматогенного параноида в условиях военного времени / Э.М. Залкинд, Г.П. Шабанова // Невропатология и психиатрия. – 1944. – Т. XIII. – № 5. – С. 24–29.
26. Знаков, В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства / В.В. Знаков // Вопросы психологии. – 1989. – № 4. – С. 113–124.
27. Знаков, В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане / В.В. Знаков // Вопросы психологии. – 1990. – № 4. – С. 108–116.
28. Иванов, Ф.И. Формы психогенных реакций в условиях войны / Ф.И. Иванов // Военно-медицинский журнал. – 1964. – № 2. – С. 45–47.
29. Иванов, Ф.И. Реактивные психозы в военное время /Ф.И. Иванов. – Л.: Медицина, 1970. – 168 с.

30. Иванов, Ф.И. Психогении или реактивные состояния / Ф.И. Иванов // Военная психиатрия: учебник. Под ред. Ф.И. Иванова. – Л., 1974. – С. 286–310.
31. Иванов, Ф.И. Психические расстройства при черепно-мозговых травмах / Ф.И. Иванов // Военная психиатрия: учебник. – Л., 1974. – С.107–128.
32. Идрисов, К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинко-эпидемиологические и динамические аспекты / К.А. Идрисов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2011. – № 7. – С. 21-34.
33. Канторович, Н.В. Психогении / Н.В. Канторович. – Ташкент: Медицина, 1967. – 263 с.
34. Караваева, Т.А. 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. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – С. 127–135.
35. Киндрас, Г.П. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане / Г.П. Киндрас, А.М. Тураходжаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 1. – С. 33–36.
36. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык. – М.: Наука, 1983. – 386 с.
37. Краснушкин, Е.К. Криминальные душевнобольные и психопаты и их признание / Е.К. Краснушкин // В книге: 2-е Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. – М.: Изд-во санитарно-просветительского отдела НКЗ. – 1924. – С.40–42.
38. Краснушкин, Е.К. Психогенный фактор душевных расстройств в военное время. Доклад на городской психиатрической конференции совместно с Обществом невропатологов и психиатров в сборнике «О психозах военного времени», 1942 г. / Е.К. Краснушкин // Юбилейный сборник больницы им. П.П. Кащенко «Проблемы психиатрии военного времени». – М., 1945. – С. 207–218.
39. Краснушкин, Е.К. Психогении военного времени / Е.К. Краснушкин // Нервные и психические заболевания военного времени: сборник научных работ. Под ред. А.С. Шмарьяна. – М., 1948. – С.245–252.
40. Краснянский, А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов афганской войны / А.Н. Краснянский, П.В. Морозов // Русский медицинский журнал. – 1995. – N 4. – С. 32.
41. Лазебная, Е.О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е.О. Лазебная, М.В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62–74.
42. Лещинский, А.Л. Реактивный параноид военного времени / А.Л. Лещинский // Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. – Киев; Харьков: Государственное медицинское издательство УССР, 1946. – С. 311–322.

43. Литвинцев, С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18/Литвинцев Сергей Викторович – СПб., 1994. – Т. 1. – 371 с.
44. Литвинцев, С.В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане (1979-1989): учебное пособие / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков. – СПб.: ВМедА, 1997. – 54 с.
45. Литвинцев, С.В. Становление системы оказания психиатрической помощи в локальных военных конфликтах / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.В. Рустанович // В книге: Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И. Иванова). – СПб., 2002. – С.35–45.
46. Лобастов, О.С. Организация психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны / О.С. Лобастов, Л.И. Спивак // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сборник научных трудов. – Л., 1985. – С. 7–14.
47. Лыткин, В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн / В.М. Лыткин // В книге: Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И. Иванова). – СПб., 2002. – С.45–52.
48. Лыткин, В.М. Постбоевые изменения личности у ветеранов боевых действий / В.М. Лыткин, С.А. Зун, С.Н. Колодин, А.Н. Ятманов // Психология и гсикотехника. – 2024. – № 4. – С. 83–99.
49. Магомед-Эминов, М.Ш. Трансформация личности / М.Ш. Магомед-Эминов. – М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.
50. Маклаков, А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов // Психологический журнал. – 1998. – № 2. – С. 15–26.
51. Марченко, А.А. Формирование представлений о невротических расстройствах у военнослужащих: клинические и организационные аспекты / А.А. Марченко, А.А. Гончаренко, А.В. Лобачев, А.А. Краснов // Психическое здоровье. – 2015. – № 4. – С. 54–63.
52. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. – 432с. – doi:10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4
53. Мясищев, В.Н. Психогении и энцефалопатии / В.Н. Мясищев // Тезисы докладов юбилейной сессии Центрального научно-исследовательского института психиатрии Наркомздрава РСФСР. – М., 1945. – С. 82–84.
54. Мясищев, В.Н. Психогении и энцефалопатии / В.Н. Мясищев // Труды Центрального Института психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1947. – С. 307–315.

55. Мясищев, В.Н. Реактивные состояния военного времени по данным невропсихиатрических диспансеров / В.Н. Мясищев, Г.Г. Белозерский, Е.Н. Зарубина, Е.К. Яковлева // В книге: Нервно-психические заболевания военного времени (По материалам ленинградских конференций 1942-1943 гг.). – Л.: Государственное издательство медицинской литературы, 1945. – С. 53–59.
56. Оливие, Е. Дж. Ф. Посттравматическое стрессовое расстройство / Е. Дж. Ф. Оливие // Русский медицинский журнал. – 1995. – № 4. – С. 29–31.
57. Осипов, В.П. К вопросу о воздушно-коммоционном психотравматизме / В.П. Осипов // В книге: Труды Военно-морской медицинской академии. Т. 3, ч. 1. – Л.: ВММедА, 1944. – С. 11–14.
58. Посттравматическое стрессовое расстройство: международная (Россия - Армения - Беларусь - Украина) коллективная монография / Т. В. Агibalова, Е.А. Бочеева, О.Ж. Бузик [и др.]. Под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России, 2015. – 623,
59. Посттравматическое стрессовое расстройство: клинические рекомендации 753_1. [Электронный ресурс] / Т.А. Караваева, А.В. Васильева, К.А. Идрисов, Д.В. Ковлен, Н.Г. Незнанов, Г.Н. Пономаренко, Д.С. Радионов, А.М. Резник, Ю.С. Шойгу. – Общественная организация «Российское общество психиатров», 2023 – Режим доступа: <https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/753>
60. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда. – СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – 588 с.
61. Пушкарев, А.Л. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий., Е.Г. Гордеева. Под ред. Б.А. Казаковцева. – М.: Издательство Института психотерапии, 2000. – 128 с.
62. Розенштейн, Л.М. Новые задачи советской психиатрии / Л.М. Розенштейн // В книге: 2-е Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. – М.: Изд-во санитарно-просветительского отдела НКЗ. – 1924. – С. 6–10.
63. Рончевский, С.П. Вопросы психопатологии военного времени (по материалам войны 1914-1918 гг.) / С.П. Рончевский // Психозы и психоневрозы войны: сборник / Сост. Д. Г. Боген, Н. И. Бондарев, С. В. Гольман, В. Е. Макаров, С. П. Рончевский. Со вступ. статьей и под ред. В. П. Осипова. – Л.: Ленбиомедгиз, 1934. – С.14–66.
64. Рончевский, С.П. Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время / С.П. Рончевский // В книге: Вопросы психиатрической практики военного времени. – Л.: Госуд. издательство медицинской литературы, 1941. – С. 38–91.

65. Ротштейн, В.Г. Посттравматический стрессовый синдром / В.Г. Ротштейн // Руководство по психиатрии в 2-х т. Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – Т.2. – С.517–526.
66. Руководство для командиров по контролю над боевым стрессом (Полевой Устав Сухопутных войск США FM 22-51): сокр. пер. с англ. А.П. Нечаева // Зарубежная военная медицина (Информационный сборник). – № 96. – СПб, 1999. – С. 8–84.
67. Серейский, М.Я. К проблеме «органического» и «функционального» в трудных диагностических случаях военных травм / М.Я. Серейский // В книге: Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну. – Ташкент, 1943. – С. 403–407.
68. Серейский, М.Я. Трудности при исследовании и оценке военно-травматического материала / М.Я. Серейский // В книге: Проблемы психиатрии военного времени. – М., 1945. – С. 296–308.
69. Серейский, М.Я. Принципы лечения травматических поражения головного мозга / М.Я. Серейский // Нервные и психические заболевания военного времени: сборник научных работ. Под ред. А.С. Шмарьяна. – М.: Медгиз, 1948. – С. 167–172.
70. Серейский, М.Я. Некоторые вопросы диагностики и лечения нервно-психических заболеваний военного времени / М.Я. Серейский // Нервные и психические заболевания военного времени: сборник научных работ. Под ред. А.С. Шмарьяна. – М.: Медгиз, 1948. – С. 259–269.
71. Сидоров, П.И. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. [и др.]. Под ред. П.И.Сидорова. – Архангельск: Издательский центр АГМА, 1999. – 384 с.
72. Слабинский, В.Ю. Отечественная психотерапия во время Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) / В.Ю. Слабинский // Вестник психотерапии. – 2015. – 55 (60). – С. 7–23.
73. Снедков, Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18/Снедков Евгений Владимирович. – СПб., 1997. – 50 с.
74. Снедков, Е.В. Конверсионные расстройства при взрывных контузиях / Е.В. Снедков // Профилактическая и клиническая медицина. – 2012. – № 2 (43). – С. 110–117.
75. Снедков, Е.В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства / Е.В. Снедков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109. – № 12. – С. 8–11.
76. 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. – 1999. – № 1. – С. 21–25.
77. Снедков, Е.В. Стрессовые расстройства в условиях боевых действий / Е.В. Снедков, С.В. Литвинцев, А.М. Резник // Психиатрия. – 2003. – № 6 (06). – С. 7–14.

78. Снедков, Е.В. Реакции боевого стресса: учебное пособие / Е.В. Снедков, А.М. Резник, С.А. Трущелев. – М.: «Медкнига», 2007. – 272 с.
79. Снежневский, А.В. К клинике травмы головного мозга взрывной волной / А.В. Снежневский // Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР. Под ред. П.Б. Посвянского и А.С. Шмарьяна. – Т.3. – М., 1947. – С. 162–178.
80. Софронов, А.Г. Возможна ли профилактика наркомании у ветеранов локальных войн / А.Г. Софронов // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учебн. пособие. – СПб., 1995. – С. 69–72.
81. Сукиасян, С.Г., Тадевосян М.Я. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Психолог. – 2013. – № 2. – С. 258–308.
82. Сукиасян, С.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция понятия от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства» / С.Г.Сукиасян, В.А. Солдаткин, Е.В. Снедков, М.Я. Тадевосян, В.Г. Косенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019; –Т. 119ю - № 6. – С. 144–151.
83. Сукиасян, С.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Современные подходы / С.Г.Сукиасян, В.А. Солдаткин, Е.В. Снедков, М.Я. Тадевосян, В.Г. Косенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120. – № 8. – С. 175–182.
84. Суханов, С.А. Материалы к вопросу о психозах военного времени / С.А. Суханов // Психиатрическая газета. – 1915. – № 7. – С. 106–108.
85. Суханов, С.А. Материалы к вопросу о психозах военного времени / С.А. Суханов // Психиатрическая газета. – 1915. – N 11. – С. 165–167.
86. Сухарева, Г.Е. Психогенные типы реакций военного времени / Г.Е. Сухарева // Невропатология и психиатрия. – 1943. – Т.12. – № 2. – С. 3–10.
87. Сухарева, Г.Е. Психогенный тип реакций с депрессивно-бредовым синдромом / Г.Е. Сухарева // Проблемы психиатрии военного времени. – М., 1945. – С. 219–226.
88. Сухарева, Г.Е. Роль вредностей военного времени в клинике психических заболеваний (на материале гражданских отделений больницы им. Кащенко) / Г.Е. Сухарева // Проблемы психиатрии военного времени. – М., 1945. – С. 255–271.
89. Сухарева, Г.Е. Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта / Г.Е. Сухарева // Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта). Под ред. И.Н. Кагановича. – М., 1949. – С. 7–18.

90. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
91. Тимофеев, А.В. Где заболевают душевной болезнью воинские чины действующей армии? / А.В. Тимофеев // Психиатрическая газета. – 1915. – № 16. – С. 261–262.
92. Тимофеев, Н.Н. Опыт организации психиатрической службы в период Отечественной войны / Н.Н. Тимофеев // Тезисы докладов юбилейной сессии Центрального научно-исследовательского института психиатрии Наркомздрава РСФСР. – М., 1945. – С. 23–26.
93. Тимофеев, Н.Н. Предварительные итоги из опыта организации невропсихиатрической помощи в Великую Отечественную войну / Н.Н. Тимофеев // Труды Центрального института психиатрии МЗ РСФСР. – Т. 3. – М., 1947. – С. 60–80.
94. Тимофеев, Н.Н. Контуженные. Контузии / Н.Н. Тимофеев // Энциклопедический словарь военной медицины. Под ред. Е.И. Смирнова. – М., 1948. – Т.3. – С. 19–43.
95. Тимофеев, Н.Н. Военно-врачебная экспертиза нервно-психических заболеваний / Н.Н. Тимофеев. – Л., 1956. – 172 с.
96. Тимофеев, Н.Н. Очерки военной психиатрии / Н.Н. Тимофеев. – Л.: ВМОЛА, 1962. – 280 с.
97. Тукаев, Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы / Р.Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т.13. – № 1. – С. 151–163.
98. Фастовцов, Г.А. Особенности вызванных стрессом психических расстройств у совершивших криминальные действия комбатантов / Г.А. Фастовцов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109. – № 12., – С. 41–45.
99. Фастовцов, Г.А. Прогнозирование криминальных агрессивных действий комбатантами, страдающими ПТСР/ Г.А. Фастовцов // Психиатрия чрезвычайных ситуаций. Руководство в 2 т. Под ред. З.И. Кекелидзе. – 2-е изд. – Т. 2. – М., 2011. – С. 157-174.
100. Фастовцов, Г.А. Психологические предикторы криминального агрессивного поведения комбатантов / Г.А. Фастовцов // Вопросы охраны психического здоровья. – 2022. – Т. 1. – № 1. – С. 13–21.
101. Фастовцов, Г.А. Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн / Г.А. Фастовцов, А.М. Резник, О.Ф. Савина, В.Г. Василевский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007, – Т. 7. № 3. – С. 20–25.
102. Фелинская, Н.И. О понятии и классификации пограничных состояний / Н.И. Фелинская // Проблемы судебной психиатрии (пограничные состояния). Под ред. Г.В. Морозова. – М., 1971. – С. 19–35.

103. Хвиливицкий, Т.Я. Особенности психической заболеваемости и организации психиатрической помощи в Ленинграде в 1941–1943 гг. / Т.Я. Хвиливицкий, Т.Я. Хвиливицкая // Нервно-психические заболевания военного времени (по материалам Ленинградских конференций 1942–1943 гг.). Под ред. В.Н. Мясничева. – Ленинград: Наркомздрав СССР, Государственное изд-во медицинской литературы, 1945. – С. 66–76.
104. Шамрей, В.К. Организация психиатрической помощи и структура психических расстройств военнослужащих Красной армии в годы Великой Отечественной войны / В.К. Шамрей, Г.П. Костюк, А.Г. Чудиновских, А.Г. Синенченко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – № 4. – С. 146–153.
105. Шамрей, В.К. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн / В.К. Шамрей, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин, Е.С. Курасов, С.А. Зун, К.В. Баразенко // Известия Российской военно-медицинской академии. – 2020. – Т. 39. № 3–4. – С. 185–192
106. 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.
107. Шамрей, В.К. Сурдомутизм (вопросы диагностики и лечения) / В.К. Шамрей, В.П. Савенков // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: учебное пособие. – СПб., 1995. – С. 106–110.
108. Шостакович, Б.В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической практике / Б.В. Шостакович. – М.: Изд-во МБА, 2006. – 172 с.
109. Юрман, Н.А. Неврастенические психозы военного времени / Н.А. Юрман // Психиатрическая газета. – 1915. – № 9. – С. 139–142.
110. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. Пер. с нем. – М.: Практика. – 1997. – 1056 с. (С. 478)
111. Able, M.L. Severity and symptom trajectory in combat-related PTSD: a review of the literature / M.L. Able, D.M. Benedek // Current psychiatry reports. – 2019. Vol. 21. – № 7. – P. 58. Published 2019 Jun 6. doi:10.1007/s11920-019-1042-z
112. Al Jowf, G. I. The molecular biology of susceptibility to post-traumatic stress disorder: highlights of epigenetics and epigenomics / G. I. Al Jowf, C. Snijders, B. Rutten [et al.] // International journal of molecular sciences. – 2021. – Vol. 22. – № 19. – P. 10743. <https://doi.org/10.3390/ijms221910743>
113. Andreasen, N.C. Posttraumatic stress disorder: a history and a critique / N.C. Andreasen // Annals of the New York Academy of sciences. – 2010. – 1208. – P. 67-71. doi:10.1111/j.1749-6632.2010.05699.x

114. Andrews, B. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence / B. Andrews, C.R. Brewin, R. Philpott, L. Stewart // *American journal of psychiatry*. – 2007. – Vol. 164. – P. 1319–1326. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06091491
115. Archibald, H.E. Persistent stress reaction after combat: a twenty-year follow-up / H.E. Archibald, R.D. Tuddenham // *Archives of general psychiatry*. – 1965. – Vol. 12. – P. 475–481.
116. Arthur, R.J. Reflections on Military Psychiatry / R.J. Arthur // *American journal of psychiatry*. – 1978. – Vol. 135. – P. 2–7.
117. 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.] // *Translational psychiatry*. – 2019. – Vol. 9. – N 1. – P. 334. doi: 10.1038/s41398-019-0673-5
118. Auxemery, Y. Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic stress disorder and psychotic symptoms / Y. Auxemery, G. Fidelle // *Encephale*. – 2011; – Vol. 37. № 6. – P. 433–438. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.12.001>
119. Axelrod, S.R. Symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of Operation Desert Storm / S.R. Axelrod, C.A. Morgan, S.M. Southwick // *American journal of psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – № 2. – P. 270–275.
120. Bachar, E. Narcissistic vulnerability and the development of PTSD / E. Bachar, H. Hadar, A.Y. Shalev // *Journal of nervous and mental disease*. – 2005, – Vol. 193 – № 11. – P. 762–765. doi:10.1097/01.nmd.0000185874.31672.a5
121. Baker, D.G. Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan / D.G. Baker, P. Heppner, N. Afari [et al.] // *Military Medicine*. – 2009. – Vol. 174 – № 8. – P. 773–778.
122. Bam, M. Evidence for epigenetic regulation of pro-inflammatory cytokines, Interleukin-12 and Interferon gamma, in peripheral blood mononuclear cells from PTSD Patients / M. Bam, X. Yang, J. Zhou [et al.] // *Journal of neuroimmune pharmacology*. – 2016. – Vol. 11. – № 1. – P. 168–181. <https://doi.org/10.1007/s11481-015-9643-8>
123. Barrett, D.H. Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. Military personnel serving during the Gulf War period: a population-based study / D.H. Barrett, C.C. Doebbeling, D.A. Schwartz [et al.] // *Psychosomatics*. – 2002. – Vol. 43, – № 3. – P. 195–205.
124. Bartemeier, L.H. Combat exhaustion / L.H. Bartemeier, L.S. Kubie // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1946. – Vol. 104. – P. 358. doi:10.1097/00005053-194610000-00002

125. Berge, E. E. PTSD relapse in veterans of Iraq and Afghanistan: A systematic review / E. E. Berge, R. Hagen, J. Øveraas Halvorsen // *Military psychology*. – 2020. – Vol. 32. – № 4. – P. 300–312. <https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1754123>
126. Biscoe, N.D. Complex PTSD symptom clusters and executive function in UK Armed Forces veterans: a cross-sectional study / N. Biscoe, E. New, D. Murphy // *BMC Psychology*. – 2024. – Vol. 12. – № 1. – P. 209. doi:10.1186/s40359-024-01713-w
127. Bisson, J.I. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis / J.I. Bisson, A. Ehlers, R. Matthews [et al.] // *British journal of psychiatry*. – 2007. – Vol. 190. – P. 97–104.
128. Bistas, K. The Intricacies of Survivor's Guilt: Exploring Its Phenomenon Across Contexts/ K. Bistas, R.Grewal // *Cureus*. – 2023. – Vol. 15. – № 9. e45703. doi:10.7759/cureus.45703
129. Black, P. H. Stress, inflammation and cardiovascular disease / P. H. Black, L.D. Garbutt // *Journal of psychosomatic research*. – 2002. – Vol. 52. – № 1. – P. 1–23. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00302-6
130. 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. – Vol. 10. – № 2. – P. 140. doi:10.3390/genes10020140
131. Blanco, C. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National epidemiological survey on alcohol and related conditions / C. Blanco, Y. Xu, K. Brady [et al.] // *Drug and alcohol dependence*. – 2013. – Vol. 132. – № 3. – P. 630-638. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.04.016.
132. Bleich, A. Posttraumatic stress disorder and depression: an analysis of comorbidity / A. Bleich, M. Koslowsky, A. Dolev, B. Lerer // *British journal of psychiatry*. – 1997. – Vol. 170. – P. 479–482.
133. Bleich, A. Post traumatic stress disorder with psychotic features / A. Bleich, L. Moskowitz // *Croatian medical journal*. – 2000. – Vol. 41. – № 4. – P. 442–445.
134. Blore, J.D. Depression in Gulf War veterans: a systematic review and meta-analysis / J.D. Blore, M.R. Sim, A.B. Forbes [et al.] // *Psychological medicine*. – 2015. – Vol. 45. – № 8. – P. 1565–1580.
135. Bollinger, A.R. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder / A.R. Bollinger, D.S. Riggs, D.D. Blake, J.I. Ruzek // *Journal of traumatic stress*. – 2000. – Vol. 13. – № 2. – P. 255–270.
136. Bonanno, G.A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? / G.A. Bonanno // *American Psychologist*. – 2004. – Vol. 59. – № 1. – P. 20–28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
137. Booth-Kewley, S. Predictors of psychiatric disorders in combat veterans / S. Booth-Kewley, E.A. Schmied, R.M. Highfill-McRoy [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2013. – Vol. 13. – P. 130. doi:10.1186/1471-244X-13-130

138. Borus, J.F. The re-entry transition of the Vietnam veteran / J.F. Borus // *The Social Psychology of Military Service*. N.L. Goldman & D.R. Seagal (Eds.). – 1976. – P.97–114.
139. Boscarino, J. A. Mental health impact of homecoming experience among 1,730 formerly deployed veterans from the Vietnam War to current conflicts: Results from the Veterans' Health Study / J. A. Boscarino, R. E. Adams, T. G. Urosevich [et al.] // *Journal of nervous and mental disease*. – 2018. – Vol. 206 – № 10. – P. 757–764.
140. Boudewyns, P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualisation and treatment / P.A. Boudewyns // *Progress in Behaviour Modification*. – 1996. – Vol. 30. – P. 165–189.
141. Bourne, P.G. The Vietnam veteran / P.G. Bourne // *Psychiatry in Medicine*. – 1972. – Vol. 3. – P. 23–27.
142. Bramsen, I. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers / I. Bramsen, A.J. Dirkzwager, H.M. van der Ploeg // *American journal of psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – № 7. – P. 1115–1119.
143. Bramsen, I. Use of medical and mental health care by World War II survivors in The Netherlands / I. Bramsen, H.M. van der Ploeg // *Journal of traumatic stress*. – 1999. – Vol.12. – P. 243–261.
144. Bramsen, I. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors / I. Bramsen, H.M. van der Ploeg // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1999. – Vol. 100. – P.350–358.
145. Bremner, J. D. Noradrenergic mechanisms in stress and anxiety: II. Clinical studies / J. D. Bremner, J. H. Krystal, S. M. Southwick, D. S. Charney // *Synapse*. – 1996. – Vol. 23. – № 1. – P. 39–51.
146. 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 // *The Journal of nervous and mental disease*. – 2020. – Vol. 208. – № 3. – P. 171–180.
147. Breslau, N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation / N. Breslau, R.C. Kessler // *Biological Psychiatry*. – 2001. – Vol. 50. – № 9. – P. 699-704.
148. Breslau, N. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community / N. Breslau, R.C. Kessler, H.D. Chilcoat // *Archives of general psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 626–632.
149. Brewin, C.R. Re-experiencing traumatic events in PTSD: new avenues in research on intrusive memories and flashbacks / C.R. Brewin // *European journal of psychotraumatology*. – 2015. – Vol. 6. – P. 27180. doi:10.3402/ejpt.v6.27180
150. Brewin, C.R. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11 / C.R. Brewin // *BJPsych Advances*. – 2020. – Vol. 26. – № 3. – P. 145–152.
151. Brewin, C.R. Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions / C. R. Brewin, L. Atwoli, J. I. Bisson [et al.] // *World psychiatry*. – 2025. – Vol. 24. – № 1. – P. 52–80.

152. Brewin, C.R. Diagnostic overlap between Acute Stress Disorder and PTSD in victims of violent crime / C.R. Brewin, B. Andrews, S. Rose // *American journal of psychiatry*. – 2003. – Vol. 160. – № 4. – P. 783–785.
153. Brewin, C.R. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD / C.R. Brewin, M. Cloitre, P. Hyland [et al.] // *Clinical psychology review*. – 2017. – Vol. 58. – P. 1–15.
154. Brewin, C.R. Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications / C.R. Brewin, J.D. Gregory, M. Lipton, N. Burgess // *Psychological review*. – 2010; 117 – № 1. – P. 210–232.
155. Brewin, C.R. Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder / C.R. Brewin, T. Patel // *Journal of clinical psychiatry*. – 2010. – Vol. 71. – № 4. – P. 419–425.
156. Bricknell, M.C. Observations from the Korean War for modern military medicine / M.C. Bricknell // *Uisahak*. – 2023. – Vol. 32. – № 3. – P. 787–828.
157. Brom, D. The prevalence of posttraumatic psychopathology in the general and the clinical population / D. Brom, R.J. Kleber, E. Witztum // *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. – 1992. – Vol. 28, – № 4. – P. 53–63.
158. Bryant, R.A. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review / R.A. Bryant // *Journal of clinical psychiatry*. – 2011. – Vol. 72. – № 2. – P. 233–239.
159. Bryant, R.A. Treating Acute Stress Disorder Following Mild Traumatic Brain Injury / R.A. Bryant, M. Moulds, R. Guthrie, R.D.V. Nixon // *American journal of psychiatry*. – 2003. – Vol. 160, – № 3. – P. 585–587.
160. Bryant, R. A., Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders / R.A. Bryant, M.L. O'Donnell, M. Creamer [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2011. – Vol. 45. – № 6. – P. 842–847.
161. Bryant, R.A. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder / R.A. Bryant, O'Donnell, M. Creamer [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2013. – Vol. 70. – P. 839–846.
162. Bullman, T. A. Suicide Risk among US veterans with military service during the Vietnam War / T. A. Bullman, F. Z. Akhtar, S. W. Morley [et al.] // *JAMA network open*. – 2023. – Vol. 6. – № 12. e2347616. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.47616
163. Calhoun, P.S. Partners' ratings of combat veterans' anger / P.S. Calhoun, J.C. Beckham, M.E. Feldman [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2002. – Vol. 15 – № 2. – P. 133–136.

164. Campbell, D.G. Prevalence of depression–PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions / D. G. Campbell, B. L. Felker, C.-F. Liu [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. – 2007. – Vol. 22. – № 6. – P. 711–718.
165. Campbell, M.L. The psychological consequences of combat exposure: the importance of appraisals and post-traumatic stress disorder symptomatology in the occurrence of delusional-like ideas / D. G. Campbell, A.P. Morrison // *British Journal of Clinical Psychology*. – 2007. – Vol. 46 – № 2. – P. 187–201.
166. Carlson, K.F. Psychiatric diagnoses among Iraq and Afghanistan war veterans screened for deployment-related traumatic brain injury / K.F. Carlson, D. Nelson, R.J. Orazem [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2010. – Vol. 23. – № 1. – P. 17–24.
167. Chapman, C. Remission from post-traumatic stress disorder in the general population / C. Chapman, K. Mills, T. Slade [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2012. – Vol. 42. – P. 1695–1703.
168. Cipriani, A. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis / A. Cipriani, T. Williams, A. Nikolakopoulou [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2018. – Vol. 48. – № 12. – P. 1975–1984.
169. Classen, C. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms / C. Classen, C. Koopman, R. Hales, D. Spiegel // *American journal of psychiatry*. – 1998. – Vol. 155. – P. 620–624.
170. Cloitre, M. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices / M. Cloitre, C.A. Courtois, A. Charuvastra [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2011. – Vol. 24. – № 6. – P. 615–627.
171. Compean, E. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges / E. Compean, M. Hamner // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. – 2019. – Vol. 88. – P. 265–275.
172. Corvalan, J.C. PTSD: diagnosis, evolution, and treatment of combat-related psychological/psychiatric injury / J.C. Corvalan, D. Klein // *Missouri Medicine*. – 2011. – Vol. 108. – № 4. – P. 296–303.
173. Cottler, L.B. Post-traumatic stress disorder among substance users from the general population / L.B. Cottler, W.M. Compton, D. Mager [et al.] // *American journal of psychiatry*. – 1992. – Vol. 149. – P. 664–670.
174. 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, N. Meader, H. Melton [et al.] // *PLoS Medicine*. – 2020. – Vol. 17. – № 8. – e1003262. doi:10.1371/journal.pmed.1003262

175. Currier, J. M. Moral injury and ICD-11 complex PTSD (CPTSD) symptoms among treatment-seeking veterans in the United Kingdom / J. M. Currier, J. D. Foster, T. Karatzias, D. Murphy // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2021. – Vol. 13. – № 4. – P. 417–421.
176. Cypel, Y. The mental health of Vietnam theater veterans-the lasting effects of the war: 2016-2017 Vietnam Era Health Retrospective Observational Study / Y. Cypel, P. P. Schnurr, A. I. Schneiderman [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2022. – Vol. 35. – № 2. – P. 605–618.
177. David, D. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder / D. David, G.S. Kutcher, E.I. Jackson [et al.] // *Journal of clinical psychiatry*. – 1999. – Vol. 60. – № 1. – P. 29–32.
178. Davidson, J. R. T., Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study / J.R.T. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer, L.K. George // *Psychological Medicine*. – 1991. – Vol. 21. – № 3. – P. 713–721.
179. Davidson, J.R. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder / J.R. Davidson, H.S. Kudler, W.B. Saunders, R.D. Smith // *Comprehensive Psychiatry*. – 1990. – Vol. 31, – № 2. – P. 162–170.
180. DeFasio, V.J. Dinamic perspectives of the nature and effects of combat stress / V.J. DeFasio // *Stress disorders among Vietnam veterans*. Ed. Ch.R. Figley. – New York: Brunner&Mazel, 1978. – 20 p.
181. Defayolle, M. The psychological role of the physician in the field / M. Defayolle, A. Savelli // *Revue internationale des services de sante des forces armees*. – 1980. – Vol. 53, – № 5. – P. 435–447.
182. Dekel, S. Posttraumatic stress disorder and depressive symptoms: joined or independent sequelae of trauma? / S. Dekel, Z. Solomon, D. Horesh, T. Ein-Dor // *Journal of psychiatric research*. – 2014. – Vol. 54. – P. 64–69.
183. DeViva, J.C. Symptom exaggeration and compensation seeking among combat veterans with posttraumatic stress disorder / J.C. DeViva, W.D. Bloem // *Journal of traumatic stress*. – 2003. – Vol.15, – № 5. – P.503–507.
184. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 3-ed., revisited (DSM–III–R). – Washington: American Psychiatric Association, 1987. – 567 p.
185. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM–IV. – 4th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
186. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), fifth edition. – Washington: American Psychiatric Association, 2013. – 991 p.
187. Dieter, J.N. Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder: Comorbid Consequences of War / J.N. Dieter, S. D. Engel // *Neuroscience insights*. – 2019. – Vol. 14. – 1179069519892933. doi:10.1177/1179069519892933

188. Dirkzwager, A.J. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms among aging military veterans / A.J. Dirkzwager, I. Bramsen, H.M. van der Ploeg // *Journal of nervous and mental Disease*. – 2001. – Vol. 189. – № 12. – P. 846–853.
189. Dobson, M. Surviving the war zone experience: preventing psychiatric casualties / M. Dobson, R.P. Marshall // *Military medicine*. – 1997. – Vol. 162. – № 4. – P. 283–287.
190. Duncan, L.E. Largest GWAS of PTSD (N=20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability / L.E. Duncan, A. Ratanatharathorn, A.E. Aiello [et al.] // *Molecular psychiatry*. – 2018. – Vol. 23. – № 3. – P. 666–673.
191. Dunlop, B.W. The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in PTSD: Pathophysiology and Treatment Interventions / B.W. Dunlop, A. Wong // *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. – 2019. – Vol. 89. – P. 361–379.
192. Dunn, N.J. Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression / N.J. Dunn, E. Yanasak, J. Schillaci [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2004. – Vol. 17. – № 1. – P. 75–82.
193. Dworkin, E.R. Co-occurring post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder in U.S. military and veteran populations / E.R. Dworkin, H.E. Bergman, T.O. Walton [et al.] // *Alcohol researches*. – 2018. – Vol. 39. – № 2. – P. 161–169.
194. Eberly, R.E. Prevalence of medical and psychiatric disorders among former prisoners of war / R.E. Eberly, B.E. Engdahl // *Hospital & community psychiatry*. – 1991. – Vol. 42. – P. 807–813.
195. Eisen, S.A. Lifetime and 12-month prevalence of psychiatric disorders in 8,169 male Vietnam war era veterans / S.A. Eisen, K.H. Griffith, H. Xian [et al.] // *Military medicine*. – 2004. – Vol. 169. – P. 896–902.
196. Elbogen, E.B. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans / E.B. Elbogen, S.C. Johnson, H.R. Wagner [et al.] // *British journal of psychiatry*. – 2014. – № 5. – P. 368–375.
197. Engdahl, B.E. Age, education, maltreatment, and social support as predictors of chronic depression in former prisoners of war / B.E. Engdahl, W.F. Page, T.W. Miller // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 1991. – Vol. 26. – № 2. – P. 63–67.
198. Engelhard, I.M. Preexisting neuroticism, subjective stressor severity, and posttraumatic stress in soldiers deployed to Iraq / I.M. Engelhard, M.A. van den Hout // *Canadian journal of psychiatry*. – 2007. – Vol. 52. – № 8. – P. 505–509.
199. Fairbank, J.A. Patterns of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder / J.A. Fairbank, D.J. Hansen, J.M. Fitterling // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 1991. – Vol. 59, N 2. – P. 274–281.

200. Favaro, A. Full and partial post-traumatic stress disorder among World War II prisoners of war / A. Favaro, E. Tenconi, G. Colombo, P. Santonastaso // *Psychopathology*. – 2006. – Vol. 39. – № 4. – P. 187–191.
201. Feinstein, A. A Hazardous Profession: War, Journalists, and Psychopathology / A. Feinstein, J. Owen, N. Blair // *American journal of psychiatry*. – 2002. – Vol.159, – № 9. – P.1570–1575.
202. Field Manual 4-02.51 (FM 8-51): Combat and operational stress control. Headquarters, Department of the Army. – 2006. – 115 p.
203. Stress disorders among Vietnam veterans: theory, researche, and treatment. Ed. Ch.R. Figley. – N.Y.: Brunner/Mazel, 1978. – 326 p.
204. Trauma and it's wake: the study and treatment of post-traumatic stress disorder. Ed. Ch.R. Figley. – New York: Brunner & Mazel. – 1985. – 457 p.
205. Fillion, J.S. Talking as a primary method of peer defusing for military personnel exposed to combat trauma / J.S. Fillion, P.T. Clements, J.B. Averill, G.J. Vigil // *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. – 2002. – Vol. 40. – № 8. – P.40–49.
206. Folke, S. Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Danish treatment-seeking military veterans / S. Folke, K.I. Karstoft, S.B. Andersen [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2023. – Vol. 163. – P. 247–253.
207. Fontana, A. A causal model of the aetiology of warrelated PTSD / A. Fontana, R. Rosenheck // *Journal of traumatic stress*. – 1993. – Vol.6, – № 4. – P. 475–500.
208. Fontana, A. Posttraumatic stress disorder among Vietnam Theatre Veterans. A causal model of aetiology in a community sample / A. Fontana, R. Rosenheck // *Journal of nervous and mental Disease*. – 1994. – Vol. 182, – № 12. – P.677–684.
209. Fontana, A. Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II, Korean, and Vietnam War veterans / A. Fontana, R. Rosenheck // *Psychology and aging*. – 1994. – Vol. 9. – № 1. – P. 27–33.
210. Forchuk, C. The influence of depression-PTSD comorbidity on health-related quality of life in treatment-seeking veterans / C. Forchuk, A. Nazarov, R. Hunt [et al.] // *European journal of psychotraumatology*. – 2020. – Vol. 11. – № 1. – 1748460. doi:10.1080/20008198.2020.1748460
211. Forsberg, C. W. Risk factors for suicide in the Vietnam-era twin registry / C.W. Forsberg, S.A. Estrada, A. Baraff [et al.] // *Suicide & life-threatening behavior*. – 2022. – Vol. 2. – № 4. – P. 631–641.
212. Fras, I. Grande Guerre et Psychiatrie. Genese de la conception complete de l'etat de stress aigu [Psychiatry and the Great War] / I. Fras // *Histoire des sciences médicales*. – 2002. – Vol. 36. – № 2. – P. 185–192.

213. Freeman, T. Relationship of alcohol craving to symptoms of posttraumatic stress disorder in combat veterans / T. Freeman, T. Kimbrell // *Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2004. – Vol. 192. – № 5. – P. 389–390.
214. Friedman, M.J. Post-traumatic stress disorder in the military veteran / M.J. Friedman, P.P. Schnurr, A. McDonagh-Coyle // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1994. – Vol. 17. – N 2. – P.265–277.
215. Frueh, B.C. Racial differences in psychotic symptoms among combat veterans with PTSD / B.C. Frueh, M.B. Hamner, J.A. Bernat [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2002. – Vol. 16. – № 4. – P. 157–161.
216. Galatzer-Levy, I.R. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation / I.R. Galatzer-Levy, S.H. Huang, G.A. Bonanno // *Clinical psychology review*. – 2018. – Vol. 63. – P. 41–55.
217. Garber, B.G. Deployment-related mild traumatic brain injury, mental health problems, and post-concussive symptoms in Canadian Armed Forces personnel / B.G. Garber, C. Rusu, M.A. Zamorski // *BMC psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – P. 325. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0325-5>.
218. Gaudiano, B.A. Evaluation of evidence for the psychotic subtyping of post-traumatic stress disorder / B.A. Gaudiano, M. Zimmerman // *British Journal of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 197. – № 4. – P. 326–327.
219. 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. – Vol. 22. – № 9. – P. 1394–1401.
220. Gerardi, S.M. Work hardening for warriors: Occupational therapy for combat stress casualties / S.M. Gerardi // *Work*. – 1999. – Vol.13, – № 3. – P.185-195.
221. Glass, A.J. Psychotherapy in the combat zone / A.J. Glass // *American journal of psychiatry*. – 1954. – Vol. 110. – P. 725-731.
222. Glass A.J. Introduction / A.J. Glass // *The psychology and physiology of stress* / P.G. Bourne (Ed). – N.Y.: Academic press, 1969. – P. 14-30.
223. Glenn, D. M., Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder / D.M. Glenn, J.C. Beckham, M.E. Feldman [et al.] // *Violence and victims*. – 2002. – Vol. 17. – № 4. – P. 473–489.
224. Glenn, D.M. MMPI-2 profiles of Gulf and Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder / D.M. Glenn, J.C. Beckham, W.S. Sampson // *Journal of clinical Psychology*. – 2002. – Vol. 58 – № 4. – P.371-381.
225. Goderez, B.I. The Survivor Syndrom. Massive psychic trauma and PTSD / B.I. Goderez // *Bulletin of the Menninger Clinic*. – 1987. – Vol. 51. – № 1. – P. 96–113.

226. Goldberg, J. (2016). Prevalence of post-traumatic stress disorder in aging Vietnam-era veterans: Veterans Administration Cooperative Study 569: Course and consequences of post-traumatic stress disorder in Vietnam-era veteran twins / J. Goldberg, K.M. Magruder, C. W. Forsberg [et al.] // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2016. – Vol. 24 – № 3. – P. 181–191.
227. Goldberg, J. The association of PTSD with physical and mental health functioning and disability (VA Cooperative Study 569: the course and consequences of posttraumatic stress disorder in Vietnam-era veteran twins) / J. Goldberg, K.M. Magruder, C. W. Forsberg [et al.] // *Quality of Life Research*. – 2014. – Vol. 23. – № 5. – P. 1579–1591.
228. Golubeva, E. Epigenetic alterations in post-traumatic stress disorder: comprehensive review of molecular markers / E. Golubeva, A. Zeltser, Y. Zorkina [et al.] // *Complex Psychiatry*. – 2024. – Vol. 10. – P. 71–107.
229. Green, B.L. Posttraumatic stress disorder. Toward DSM–IV / B.L. Green, J.D. Lindy, M.C. Grace // *Journal of nervous and mental disease*. – 1985. – Vol. 173, – № 7. – P. 406–411.
230. Green, J.D. Evaluating the effectiveness of safety plans for military veterans: do safety plans tailored to veteran characteristics decrease suicide risk? / J.D. Green, J.C. Kearns, R.C. Rosen [et al.] // *Behavior Therapy*. – 2018. – Vol. 49. – № 6. – P. 931–938.
231. Gruenbaum, B.F. The Relationship between Post-Traumatic Stress Disorder Due to Brain Injury and Glutamate Intake: A Systematic Review / B.F. Gruenbaum, A. Zlotnik, A. Oleshko // *Nutrients*. – 2024. – Vol. 16. – P. 901.
232. Gunderson, J.G. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD / J.G. Gunderson, A.N. Sabo // *American journal of psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – № 1. – P. 19–27.
233. Halligan, S. L. Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals / S. L. Halligan, T. Michael, D. M. Clark, A. Ehlers // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 2003. – Vol. 71. – № 3. – P. 419–431.
234. Hamner, M.B. Psychotic features and illness severity in combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder / M.B. Hamner, B.C. Frueh, H.G. Ulmer, G.W. Arana // *Biological Psychiatry*. – 1999. – Vol. 45 – № 7. – P. 846–852.
235. Hamner, M.B. Psychotic features in chronic posttraumatic stress disorder and schizophrenia: comparative severity / M.B. Hamner, B.C. Frueh, H.G. Ulmer [et al.] // *Journal of nervous and mental disease*. – 2000. – Vol. 188. – № 4. – P. 217–221.
236. Harvey, A.G. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a 2-year prospective evaluation / A.G. Harvey, R.A. Bryant // *Journal of consulting and clinical psychology*. – 1999. – Vol. 67. – P. 985–988.

237. Harvey, A.G. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury / A.G. Harvey, R.A. Bryant // *American journal of psychiatr.* – 2000. – Vol. 157. – P. 626–628.
238. Hinton, D.E. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5 / D.E. Hinton, R. Lewis-Fernández // *Depression and Anxiety.* – 2011. – Vol. 28. – № 9. – P. 783–801.
239. Hoge, C. W. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq / C.W. Hoge, D. McGurk, J.L. Thomas [et al.] // *The New England journal of medicine.* – 2008. – Vol. 358. – № 5. – P. 453–463.
240. Hoge, C. W. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care / C.W. Hoge, C.A. Castro, S. C. Messer [et al.] // *The New England journal of medicine.* – 2004. – Vol. 351. – № 1. – P. 13–22.
241. Hoppen, T.H. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis / T.H. Hoppen, S. Priebe, I. Vetter, N. Morina // *BMJ Global Health.* – 2021. – Vol. 6 – № 7. – e006303.
242. Hoskins, M. D. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches / M. D. Hoskins, J. Bridges, R. Sinnerton [et al.] // *European journal of psychotraumatology.* – 2021. – Vol. 12. – № 1. – 1802920. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
243. Hobfoll, S.E. PTSD and the influence of context: the self as a social mirror / S.E. Hobfoll, A.E. Gaffey, L.M. Wagner // *Journal of Personality.* – 2020. – Vol. 88. – № 1. – P. 76–87.
244. Hori, H. Inflammation and post-traumatic stress disorder / H. Hori, Y. Kim // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2019. – Vol. 73. – P. 143–153.
245. Horowitz, M.J. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M.J. Horowitz, G.F. Solomon // *Journal of Social Issues.* – 1975. – Vol. 31. – № 4. – P. 67–80.
246. Horowitz, M.J. Delayed stress response syndromes in Vietnam veterans / M.J. Horowitz, G.F. Solomon // *Stress disorders among Vietnam veterans.* Ed. Ch.R. Figley. – New York: Brunner & Mazel, 1978. – P. 268–280.
247. Horowitz, M.J. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder / M.J. Horowitz, N. Winer, N. Kaltreider, W. Alvarez // *Archives of general psychiatry.* – 1980. – Vol. 37. – № 1. – P. 85–92.
248. Horowitz, M.J. Diagnosis of posttraumatic stress disorder / M.J. Horowitz, D.S. Weiss, Ch. Marmar // *Journal of nervous and mental disease.* – 1987. – Vol. 175. – № 5. – P. 267–268.
249. Hoskins, M.D., Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches / M.D. Hoskins, J. Bridges R. Sinnerton [et al.] // *European journal of psychotraumatology.* – 2021. – Vol. 12. – 1802920. doi: 10.1080/20008198.2020.1802920

250. Hull, A. M. Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review / A. M. Hull // *British journal of psychiatry*. – 2002. – Vol. 181. – P. 102–110.
251. Iversen, A.C. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel / A.C. Iversen, N.T. Fear, A. Ehlers [et al.] // *Psychological medicine*. – 2008. – Vol. 38. – № 4. – P. 511–522.
252. Ivezić, S. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients / S. Ivezić, A. Bagarić, L. Oruc [et al.] // *Croatian medical journal*. – 2000. – Vol. 41. – № 2. – P. 179–183.
253. Jacobson, I.G. Alcohol use and alcohol-related problems before and after military combat deployment / I.G. Jacobson, M.A. Ryan, T.I. Hooper // *JAMA*. – 2008. – Vol. 300 – № 6. – P. 663–675.
254. Jakupcak, M. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD / M. Jakupcak, D. Conybeare, L. Phelps [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2007. – Vol. 20. – № 6. – P. 945–954.
255. Jakupcak, M. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care / M. Jakupcak, M.T. Tull, M.J. McDermott // *Addictive Behaviors*. – 2010. – Vol. 35. – № 9. – P. 840–843.
256. Johnson, A.W. Combat psychiatry. A Historical review / A.W. Johnson // *Med. Bull. US Army, Europe*. – 1969. – Vol. 26, N 10. – P.305–308.
257. Jones, E. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution / E.Jones, R. Hodgins-Vermaas, H. McCartney [et al.] // *BMJ*. – 2002. – Vol. 324 (7333). – P. 321–324.
258. Jones, E. Historical approaches to post-combat disorders / E. Jones // *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. – 2006. – Vol. 361 (1468). – P. 533–542.
259. Jones, E. Army psychiatry in the Korean War: the experience of 1 Commonwealth Division / E. Jones, I.P. Palmer // *Military medicine*. – 2000. – Vol. 165 – № 4. – P. 256–260.
260. Jones, F.D. War Psychiatry / F.D. Jones, L.R. Sparacino, V. L. Wilcox [et al.] // *Textbook of military medicine. Part I: Warfare, Weaponry, and the casualty*. – Washington. – DC. – 1995. – 486 p.
261. Jordan, A.H. Distinguishing war-related PTSD resulting from perpetration- and betrayal-based morally injurious events / A.H. Jordan, E. Eisen, E. Bolton [et al.] // *Psychological Trauma*. – 2017. – Vol. 9. – P. 627–634.
262. Karatzias, T. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania / T. Karatzias, M. Cloitre, A. Maercker [et al.] // *European journal of psychotraumatology*. – 2018. – Vol. 8. – № 7. – P. 1418103. doi:10.1080/20008198.2017.1418103

263. Kardiner, A. War stress and neurotic illness / A. Kardiner, H. Spiegel. – 2nd ed., rewritten of: The traumatic neuroses of war, by A. Kardiner, published in 1941. – NY, London: P.B. Hoeber, 1947. – 428 p.
264. Kaufman, M.L. Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-relevant stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder / M.L. Kaufman, M.O. Kimble, D.G. Kaloupek [et al.] // Journal of nervous and mental disease. – 2002. – Vol. 190. – № 3. – P. 167–174.
265. Keane, T.M. The interrelationship of substance abuse and posttraumatic stress disorder. Epidemiological and clinical considerations / T.M. Keane, R.J. Gerardi, J.F. Lyons, J. Wolfe // Recent Developments of Alcoholism. – 1988. Vol. 6. – P. 27–48.
266. Kennedy, J. E. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury / J. E. Kennedy, M. S. Jaffee, G.A. Leskin [et al.] // Journal of rehabilitation research and development. – 2007. – Vol. 44. – № 7. – P. 895–920.
267. Kehle, S.M. Psychiatric diagnoses, comorbidity, and functioning in National Guard troops deployed to Iraq / S.M. Kehle, M.K. Reddy, A.G. Ferrier-Auerbach [et al.] // Journal of psychiatric research. – 2011. – Vol. 45. – № 1. – P. 126–132.
268. Kessler, R. C. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R.C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // Archives of general psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – № 6. – P. 593–602.
269. Kessler, R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // Archives of general psychiatry. – 1995. – Vol. 52. – № 12. – P. 1048–1060.
270. Kim, S. Y. Military-related mild traumatic brain injury: clinical characteristics, advanced neuroimaging, and molecular mechanisms / S. Y. Kim, P. H. Yeh, J. M. Ollinger [et al.] // Translational psychiatry. – 2023. – Vol. 13. – № 1. – P. 289. doi:10.1038/s41398-023-02569-1
271. Kobrick F.R. Reaction of Vietnam veterans to the Persian Gulf War / F.R. Kobrick // Health and social work. – 1993. – Vol. 18. – № 3. – P. 165–171.
272. Koenen, K.C. Risk factors for the course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: A 14-year follow-up of American Legionnaires / K.C. Koenen, J.M. Stellman, S.D. Stellman [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2003. – Vol. 71. – P. 980–986.
273. Kolassa, I-T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced / I-T. Kolassa, V. Ertl, C. Eckart [et al.] // Psychological Trauma. – 2010. – Vol. 2. – P. 169–174.

274. Koren, D. Injury increases the risk for PTSD: an examination of potential neurobiological and psychological mediators / D. Koren, D. Hemel, E. Klein // *CNS spectrums*. – 2006. – Vol. 11. – № 8. – P. 616–624.
275. Kothgassner, O. D. Hydrocortisone administration for reducing post-traumatic stress symptoms: A systematic review and meta-analysis / O.D. Kothgassner, M. Pellegrini, A. Goreis [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2021. – Vol. 126. – P. 105168. doi: 10.1016/j.psyneuen.2021.105168
276. Kozarić-Kovacić, D. Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder / D. Kozarić-Kovacić, A. Borovecki // *Military medicine*. – 2005. – Vol. 170. – № 3. – P. 223–226.
277. Kuan, P.F. An epigenome-wide DNA methylation study of PTSD and depression in World Trade Center responders / P.F. Kuan, M.A. Waszczuk, R. Kotov // *Translational psychiatry*. – 2017. – Vol. 7. – P. e1158. doi:10.1038/tp.2017.130
278. Lamprecht, F. Posttraumatic stress disorder revisited / F. Lamprecht, M. Sack // *Psychosomatic Medicine*. – 2002. – Vol. 64. – № 2. – P. 222–237.
279. Lee, K.A. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat / K.A. Lee, G.E. Vaillant, W.C. Torrey, G.H. Elder // *American journal of psychiatry*. – 1995. – Vol. 152. – P. 516–522.
280. Lehrner, A. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of hydrocortisone augmentation of Prolonged Exposure for PTSD in U.S. combat veterans / A. Lehrner, T. Hildebrandt, L.M. Bierer [et al.] // *Behaviour research and therapy*. – 2021. – Vol. 144. – P. 103924. doi:10.1016/j.brat.2021.103924
281. Leskela, J. Shame and posttraumatic stress disorder / J. Leskela, M. Dieperink, P. Thuras // *Journal of traumatic stress*. – 2002. – Vol. 15. – № 3. – P. 223–226.
282. Liu, Y. The prevalence and trend of depression among veterans in the United States / Y. Liu, C. Collins, K. Wang [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2019. – Vol. 245. – P. 724–727.
283. Loignon, A. A Systematic review and meta-analysis on PTSD following TBI among military/veteran and civilian populations / A. Loignon, M.C. Ouellet, G. Belleville // *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. – 2020. – Vol. 35. – E21–E35. doi: 10.1097/HTR.0000000000000514
284. Long, N. Effect of the Gulf War on reactivation of adverse combat-related memories in Vietnam veterans / N. Long, K. Chamberlain, C. Vincent // *Journal of clinical psychology*. – 1994. – Vol. 50. – № 2. – P. 138–144.
285. López-Ibor, J.J. Disasters and mental health: new challenges for the psychiatric profession / J.J. López-Ibor // *World Journal of Biological Psychiatry*. – 2006. – Vol. 7. – № 3. – P. 171–182.

286. Macgregor, A.J. Deployment-related injury and posttraumatic stress disorder in US military personnel / A.J. Macgregor, J.J. Tang, A.L. Dougherty, M.R. Galarneau // *Injury*. – 2013. – Vol. 44. – P. 1458–1464.
287. Macleod, A.D. Post-traumatic stress disorder in World War Two veterans / A.D. Macleod // *New Zealand medical journal*. – 1991. – Vol. 104. – № 9. – P. 285–288.
288. Maercker, A. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 / A. Maercker, C.R. Brewin, R.A. Bryant [et al.] // *World Psychiatry*. – 2013. – Vol. 12. – № 3. – P. 198–206.
289. Magruder, K.M. Long-Term Trajectories of PTSD in vietnam-era veterans: the course and consequences of PTSD in twins / K. M. Magruder, J. Goldberg, C.W. Forsberg [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2016. – Vol. 29. – № 1. – P. 5–16.
290. María-Ríos, C. E. Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders / C. E. María-Ríos, J. D. Morrow // *Frontiers in behavioral neuroscience*. – 2020. – Vol. 14. – № 6. doi:10.3389/fnbeh.2020.00006
291. Marks, I. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive reconstruction / I. Marks, K. Lovell, H. Noshirvani [et al.] // *Archives of general psychiatry*. – 1998. – Vol. 55. – P. 317–325.
292. Marmar, C. R. Course of posttraumatic stress disorder 40 years after the Vietnam War: findings from the National vietnam veterans longitudinal study / C. R. Marmar, W. Schlenger, C. Henn-Haase [et al.] // *JAMA psychiatry*. – 2015. – Vol. 72. – № 9. – P. 875–881.
293. Marshall, R.D. Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder / R.D. Marshall, R. Spitzer, M.R. Liebowitz // *American journal of psychiatry*. – 1999. – Vol. 156. – P. 1677–1685.
294. Marzillier, S.L. Positive schizotypy and trauma-related intrusions / S.L. Marzillier, C. Steel // *Journal of nervous and mental disease*. – 2007. – Vol. 195. – № 1. – P. 60–64.
295. Mazzeo, S.E. A cluster analysis of symptom patterns and adjustment in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder / S.E. Mazzeo, J.C. Beckham, C. Witvliet [et al.] // *Journal of clinical psychology*. – 2002. – Vol. 58. – № 12. – P. 1555–1571.
296. McCue, M.L. Interpersonal and Trauma-Related Guilt moderate the relationship between intensity of combat experiences and suicidality / M.L. McCue, C.B. Allard, C.J. Dalenberg, A.O. Hauson // *Military psychology*. – 2025. – Vol. 37. – № 6. – P. 558–571.
297. McDaniel, E.G. Psychological response to disasters / E.G. McDaniel // *Medicine for disasters*. Ed. By P.J.F. Baskett, R.M. Weller. – London; Boston: J. Wright, 1988. – P. 231–245.

298. McDevitt-Murphy, M. E. Drinking motives among heavy-drinking veterans with and without posttraumatic stress disorder / M. E. McDevitt-Murphy, J. A. Fields, C. J. Monahan, K. L. Bracken // *Addiction research & theory*. – 2015. – Vol. 23. – № 2. – P. 148–155.
299. McFall, M.E. Combat-related posttraumatic stress disorder and severity of substance abuse in Vietnam veterans / M.E. McFall, P.W. Mackay, D.M. Donovan // *Journal of studies on alcohol*. – 1992. – Vol. 53, – № 4. – P. 357–363.
300. McFarlane A.C. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors / A.C. McFarlane // *Journal of nervous and mental disease*. – 1988. – Vol. 176, – № 1. – P. 30–39.
301. McNally, R.J. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder / R.J. McNally // *Annual Review of Psychology*. – 2003. – Vol. 54. – № 1. – P. 229–252.
302. Mellman, T.A. Prescribing patterns for patients with posttraumatic stress disorder / T.A. Mellman, R.E. Clark, W.J. Peacock // *Psychiatric Services*. – 2003. – Vol. 54. – № 12. – P. 1618–1621.
303. Miller, D.J. Simple phobia as a symptom of posttraumatic stress disorder in a former prisoner of war / D.J. Miller // *Behavior modification*. – 1991. – Vol. 15, – № 2. – P. 250–260.
304. Miller, L.J. Prazosin for the treatment of posttraumatic stress disorder sleep disturbances / L.J. Miller // *Pharmacotherapy*. – 2008. – Vol. 28. – № 5. – P. 656–66.
305. Milliken, C.S. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war / C.S. Milliken, J.L. Auchterlonie, C.W. Hoge // *JAMA*. – 2007. – Vol. 298 – № 18. – P. 2141–2148.
306. Mohamed, S. Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs / S. Mohamed, R.A. Rosenheck // *Journal of clinical psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – P. 959–965.
307. Monnier J. Replication and expansion of findings related to racial differences in veterans with combat-related PTSD / J. Monnier, J.D. Elhai, B.C. Frueh [et al.] // *Depression and anxiety*. – 2002. – Vol. 16, – № 2. – P. 64–70.
308. Morina, N. Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies / N. Morina, J.M. Wicherts, J. Lobbrecht, S. Priebe // *Clinical psychology review*. – 2014. – Vol. 34. – № 3. – P. 249–255.
309. Morissette, S. B. Deployment-related TBI, persistent postconcussive symptoms, PTSD, and depression in OEF/OIF veterans / S. B. Morissette, M. Woodward, N. A. Kimbrel // *Rehabilitation psychology*. – 2011. – Vol. 56. – № 4. – P. 340–350.
310. Mouthaan, J. The role of acute cortisol and DHEAS in predicting acute and chronic PTSD symptoms / J. Mouthaan, M. Sijbrandij, J.S.K. Luitse // *Psychoneuroendocrinology*. – 2014. – Vol. 45. – P. 179–186.

311. Moye, J. Post-traumatic stress disorder in older U.S. military veterans: prevalence, characteristics, and psychiatric and functional burden / J. Moye, A. P. Kaiser, J. Cook, R. H. Pietrzak // *American journal of geriatric psychiatry*. – 2022. – Vol.30. – № 5. – P. 606–618.
312. Murphy, D. ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) in treatment seeking veterans: risk factors and comorbidity / D. Murphy, T. Karatzias, W. Busuttill [et al.] // *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*. – 2021. – Vol. 56. . – № 7. – P. 1289–1298.
313. Mylle, J. Partial posttraumatic stress disorder revisited / J. Mylle, M. Maes // *Journal of affective disorders*. – 2004. – Vol. 78. – № 1. – P. 37–48.
314. Nefzger, M.D. Follow-up studies of World War II and Korean War prisoners. I. Study plan and mortality findings / M.D. Nefzger // *Amer. journal of Epidemiology*. – 1970. – Vol. 91. – P. 123–128.
315. Newman, R.A. Combat fatigue: a review to the Korean conflict / R.A. Newman // *Military medicine*. – 1964. – Vol. 159, – № 10. – P. 921–928.
316. 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.] // *Nature communications*. – 2019. – Vol. 10. – N. 1. – P. 4558. doi:10.1038/s41467-019-12576-w.
317. Niles, D. War trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD) / D. Niles // *American family physician*. – 1991. – Vol. 44, – № 5. – P. 1663–1669.
318. Nock, M. K. Examination of predictors of severe violence in combat-exposed Vietnam veterans / M. K. Nock, J. Kaufman, R. A. Rosenheck // *Journal of traumatic stress*. – 2001. – Vol. 14. – № 4. – P. 835–841.
319. Norman, S.B. Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? / S.B. Norman, S.R. Tate, K.G. Anderson, S.A. Brown // *Drug and alcohol dependence*. – 2007. – Vol. 90. – № 1. – P. 89–96.
320. Novaco, R.W., Chemtob C.M. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder / R.W. Novaco, C.M. Chemtob // *Journal of traumatic stress*. – 2002. – № (2). – P. 123–132.
321. Noy, S. Prevalence of psychological, somatic, and conduct casualties in war / S. Noy // *Military medicine*. – 2001. – Vol. 166 – № 12. – P. 31–33.
322. O'Brien, L.S. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict / L.S. O'Brien, S.J. Hughes // *British journal of psychiatry*. – 1991. – Vol. 159. – P. 135–141.
323. O'Donnell, M.L. PTSD symptom trajectories: from early to chronic response / M.L. O'Donnell, P. Elliott, W. Lau, M. Creamer // *Behaviour research and therapy*. – 2007. – Vol. 45. – № 3. – P. 601–606.

324. Orcutt, H.K. A prospective analysis of trauma exposure: the mediating role of PTSD symptomatology / H.K. Orcutt, D.J. Erickson, J. Wolfe // *Journal of traumatic stress*. – 2002. – Vol. 15. – № 3. – P. 259–266.
325. Ouimette, P.C. Two-year mental health service use and course of remission in patients with substance use and posttraumatic stress disorder / P.C. Ouimette, R.H. Moos, J.W. Finney // *Journal of studies on alcohol*. – 2000. – Vol. 61 – № 2. – P. 247–253.
326. Perkonig, A. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity / A. Perkonig, R. C. Kessler, S. Storz, H.-U. Wittchen // *Acta psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – Vol. 101. – № 1. – P. 46–59.
327. Pietrzak, R.H. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National epidemiologic survey on alcohol and related conditions / R.H. Pietrzak, R.B. Goldstein, S.M. Southwick, B.F. Grant // *Journal of anxiety disorders*. – 2011. – Vol. 25. – № 3. – P. 456–465.
328. Pollard, H. B. "Soldier's heart": a genetic basis for elevated cardiovascular disease risk associated with post-traumatic stress disorder / H. B. Pollard, C. Shivakumar, J. Starr [et al.] // *Frontiers in molecular neuroscience*. – 2016. – Vol. 9. - P. 87. doi:10.3389/fnmol.2016.00087
329. Pols, H. War & military mental health: the US psychiatric response in the 20th century / H. Pols, S. Oak // *American journal of public health*. – 2007. – Vol. 97. – № 12. – P. 2132–2142.
330. Polusny, M. A. Longitudinal effects of mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder comorbidity on postdeployment outcomes in national guard soldiers deployed to Iraq / M. A. Polusny, S. M. Kehle, N. W. Nelson // *Archives of general psychiatry*. – 2011. – Vol. 68. – № 1. – P. 79–89.
331. Prigerson, H.G. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men / H.G. Prigerson, P.K. Maciejewski, R.A. Rosenheck // *American journal of public health*. – 2002. – Vol. 92. – № 1. – P. 59–63.
332. Radhakrishnan, K. Genomics of posttraumatic stress disorder in veterans: Methods and rationale for veterans affairs cooperative study #575B / K. Radhakrishnan, M. Aslan, K.M. Harrington [et al.] // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. – 2019. – Vol. 28. – № 1. – e1767. doi:10.1002/mpr.1767
333. Redican, E. The latent structure of ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in a general population sample from USA: A factor mixture modelling approach / E. Redican, M. Cloitre, P. Hyland [et al.] // *Journal of anxiety disorders*. – 2022. – Vol. 85. – P. 102497. doi:10.1016/j.janxdis.2021.102497

334. Richardson, K. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review / L. K. Richardson, B. C. Frueh, R. Acierno // Australian and New Zealand journal of psychiatry. – 2010. – Vol. 44. – № 1. – P. 4–19.
335. Richardson, J.D. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in pension-seeking Canadian World War II and Korean War veterans / J.D. Richardson, M.E. Long, D. Pedlar, J.D. Elhai // Journal of clinical psychiatry. – 2010. – Vol. 71. – № 8. – P. 1099–1101.
336. Richardson, J.D. Comorbidity patterns of psychiatric conditions in canadian armed forces personnel / J.D. Richardson, A. Thompson, L. King [et al.] // Canadian Journal of Psychiatry. – 2019. – Vol. 64. – № 7. – P. 501–510.
337. Roca, V. Psychosensory symptoms in combat veterans with posttraumatic stress disorder / V. Roca, T.W. Freeman // Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. – 2002. – Vol. 14. – № 2. – P. 185–189.
338. Ross, M.C. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm / M.C. Ross, J. Wonders // Archives of Psychiatric Nursing. – 1993. – Vol. 7, – № 5. – P. 265–269.
339. Ruff, R. L. A case-control study examining whether neurological deficits and PTSD in combat veterans are related to episodes of mild TBI / R. L. Ruff, R. G. Riechers 2nd, X. F. Wang // BMJ open. – 2012. – Vol. 2. – № 2. – e000312. doi:10.1136/bmjopen-2011-000312
340. Ruscio, A.M. The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress / A.M. Ruscio, J. Ruscio, T.M. Keane // Journal of Abnormal Psychology. – 2002. – Vol. 111. – № 2. – P. 290–301.
341. Rusiecki, J. A. PTSD and DNA Methylation in select immune function gene promoter regions: a repeated measures case-control study of U.S. military service members / J. A. Rusiecki, C. Byrne, Z. Galdzicki [et al.] // Frontiers in psychiatry. – 2013. – Vol. 4. – P. 56. doi:10.3389/fpsy.2013.00056
342. Rutten, B.P.F. Longitudinal analyses of the DNA methylome in deployed military servicemen identify susceptibility loci for post-traumatic stress disorder / B.P.F. Rutten, E. Vermetten, C.H. Vinkers [et al.] // Molecular psychiatry. – 2018. – Vol. 23. – P. 1145–1156.
343. Sampson, L. Mental health over time in a military sample: The impact of alcohol use disorder on trajectories of psychopathology after deployment / L. Sampson, G. Cohen, J. Calabrese [et al.] // Journal of traumatic stress. – 2015. – Vol. 28. – P. 547–555.
344. Savoca, E. The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: the influence of psychiatric disorders / E. Savoca, R. Rosenheck // Journal of Mental Health Policy and Economics. – 2000. – Vol. 3. – № 4. – P. 199–207.

345. Scherrer, J.F. Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins / J.F. Scherrer, H. Xian, M.J. Lyons [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2008. – Vol. 49 – № 3. – P. 297–304.
346. Schneiderman, A. I. Understanding sequelae of injury mechanisms and mild traumatic brain injury incurred during the conflicts in Iraq and Afghanistan: persistent postconcussive symptoms and posttraumatic stress disorder / A. I. Schneiderman, E. R. Braver, H. K. Kang // *American journal of epidemiology*. – 2008. – Vol. 167. – № 12. – P. 1446–1452.
347. Schnurr, P.P. RESPECT-PTSD: re-engineering systems for the primary care treatment of PTSD, A randomized controlled trial / P.P. Schnurr, M.J. Friedman, T.E. Oxman [et al.] // *Journal of general internal medicine*. – 2013. – Vol. 28. – № 1. – P. 32–40.
348. Seal, K.H. Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: Implications for screening, diagnosis and treatment / K.H. Seal, G. Cohen, A. Waldrop [et al.] // *Drug and alcohol dependence*. – 2011. – Vol. 116. – № 1–3. – P. 93–101.
349. Seal, K.H. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care / K.H. Seal, T.J. Metzler, K.S. Gima [et al.] // *American journal of public health*. – 2009. – Vol. 99. – № 9. – P. 1651–1658.
350. Seedat, S. Open trial of citalopram in adults with post-traumatic stress disorder / S. Seedat, D.J. Stein, R.A. Emsley // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. – 2000. – Vol. 3 – № 2. – P. 135–140.
351. Segal, D.R. The impact of military service on trust in government, international attitudes and social status / D.R. Segal, M.W. Segal // *The Social Psychology of Military Service*. N.L. Goldman & D.R. Segal (Eds.). – Beverly Hills/London: Sage Publications, 1976. – P. 201–211.
352. Segman, R.H. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder / R.H. Segman, R. Cooper-Kazaz, F. Macciardi [et al.] // *Molecular psychiatry*. – 2002. – Vol. 7. – № 8. – P. 903–907.
353. Shear, K.M. Building a Model of Posttraumatic Stress Disorder / K.M. Shear // *American journal of psychiatry*. – 2002. – Vol. 159. – № 10. – P. 1631–1633.
354. Shephard, B. A war of nerves, soldiers and psychiatrists 1914–1991 / B. Shephard. – London, UK: . Jonathan Cape, 2000. – 487 p.
355. Shipherd, J. C. Predicting alcohol and drug abuse in Persian Gulf War veterans: What role do PTSD symptoms play? / J. C. Shipherd, J. Stafford, L. R. Tanner // *Addictive Behaviors*. – 2005. – Vol. 30. – № 3. – P. 595–599.

356. Simms, L.J. Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War / L.J. Simms, D. Watson, B.N. Doebbeling // *Journal of abnormal psychology*. – 2002. – Vol. 111. – № 4. – P. 637–647.
357. 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. – Vol. 243. – P. 421–430.
358. Smith, S. M. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESARC-III) / S. M. Smith, R. B. Goldstein, B. F. Grant // *Journal of psychiatric research*. – 2016. – Vol. 82. – P. 16–22.
359. Smith, T.C. New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self reported after deployment and combat exposures: prospective population based US military cohort study / T.C. Smith, M.A. Ryan, D.L. Wingard [et al.] // *BMJ*. – 2008. – Vol. 336. – P. 366–371.
360. Solomon, Z. Therapeutic response to combat stress reaction during Israel's wars: Introduction / Z. Solomon // *Journal of traumatic stress*. – 1995. – Vol. 8, – № 2. – P. 243–246.
361. Solomon, Z. Compensation and psychic trauma: a study of Israeli combat veterans / Z. Solomon, R. Benbenishty, M. Waysman, A. Bleich // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 1994. – Vol. 64, – № 1. – P. 91–102.
362. Solomon, Z. Trauma deepens trauma: the consequences of recurrent combat stress reaction / Z. Solomon, B. Oppenheimer, Y. Elizur, M. Waysman // *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. – 1990. – Vol. 27. – № 4. – P. 233–241.
363. Solomon, Z. Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study / Z. Solomon, R. Shklar, M. Mikulincer // *American journal of psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – № 12. – P. 2309–2314.
364. Solter, V. Elevated serum lipids in veterans with combat-related chronic posttraumatic stress disorder / V. Solter, V. Thaller, D. Karlović, D. Crnković // *Croatian medical journal*. – 2002. – Vol. 43. – № 6. – P. 685–689.
365. Southwick, S.M. Responses to trauma: normal reactions or pathological symptoms / S.M. Southwick, D.S. Charney // *Psychiatry*. – 2004. – Vol. 67. – № 2. – P. 170–173.
366. Southwick, S.M. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder / S.M. Southwick, R. Yehuda, E.L. Jr. Giller // *American journal of psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – № 7. – P. 1020–1023.
367. de Souza, N. L. Discriminating mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder using latent neuroimaging and neuropsychological profiles in active-duty military service members / N. L.

- de Souza, C. Esopenko, Y. Jia, J. S. Parrott [et al.] // *The Journal of head trauma rehabilitation*. – 2023. – Vol. 38. – № 4. – P. E254–E266.
368. Speed, N. PTSD as a consequence of the POW experience / N. Speed, B. Engdahl, J. Schwartz, R. Elderly // *Journal of nervous and mental disease*. – 1989. – Vol. 177. – № 5. – P. 147–153.
369. Spikol, E. Exploring complex-PTSD comorbidity in trauma-exposed Northern Ireland veterans / E. Spikol, M. Robinson, E. McGlinchey, J. Ross, C. Armour // *European journal of psychotraumatology*. – 2022. – Vol. 13. – № 1. – 2046953. doi:10.1080/20008198.2022.2046953
370. Stappenbeck, C.A. The effects of alcohol problems, PTSD, and combat exposure on nonphysical and physical aggression among Iraq and Afghanistan war veterans / C.A. Stappenbeck, J.C. Hellmuth, T. Simpson, M. Jakupcak // *Psychological Trauma*. – 2014. – Vol. 6. – № 1. – P. 65–72.
371. Steckler, T. Pharmacological Treatment of PTSD – Established and New Approaches / T. Steckler, V. Risbrough // *Neuropharmacology*. – 2012. – Vol. 62. – № 2. – P. 617–627.
372. Steel, Z. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study / Z. Steel, D. Silove, T. Phan, A. Bauman // *Lancet*. – 2002. – Vol. 360 (9339). – P. 1056–1062.
373. Steenkamp, M.M. (2017). Predictors of PTSD 40 years after combat: Findings from the National Vietnam Veterans longitudinal study / M.M. Steenkamp, W.E. Schlenger, N. Corry [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2017. – Vol. 34. – № 8. – P. 711–722.
374. Stein, M.B. Genome-wide association analyses of post-traumatic stress disorder and its symptom subdomains in the Million Veteran Program / M.B. Stein, D.F. Levey, Z. Cheng [et al.] // *Nature Genetics*. – 2021. – Vol. 53. – № 2. – P. 174–184.
375. Stein M.B. Exploring the convergence of Posttraumatic Stress Disorder and Mild Traumatic Brain Injury / M.B. Stein, T.W. McAllister // *American journal of psychiatry*. – 2009. – Vol. 166 – № 7. – P. 768–776.
376. Steiner, A.J. Quality of Life and Functioning in Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder After Treatment With Citalopram Monotherapy / A.J. Steiner, N. Boulos, J. Mirocha [et al.] // *Clinical Neuropharmacology*. – 2017. – Vol. 40. – № 1. – P. 16–23.
377. Steinert, C. The course of PTSD in naturalistic long-term studies: high variability of outcomes. A systematic review / C. Steinert, M. Hofmann, F. Leichenring, J. Kruse // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 69. – № 7. – P. 483–496.
378. Steudte-Schmiedgen, S. Hair cortisol concentrations and cortisol stress reactivity predict PTSD symptom increase after trauma exposure during military deployment / S. Steudte-Schmiedgen, T. Stalder, S. Schönfeld [et al.] // *Psychoneuroendocrinology*. – 2015. – Vol. 59. – P. 123–133.

379. Stevelink, S.A.M. Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a cohort study / S.A.M. Stevelink, M. Jones, L. Hull [et al.] // *British journal of psychiatry*. – 2018. – Vol. 213. – № 6. – P. 690–697.
380. Straus, E. Functional and Psychiatric Correlates of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder / E. Straus, M. Haller, R.C. Lyons, S.B. Norman // *Alcohol research: current reviews*. – 2018. – Vol. 39. – № 2. – P. 121–129.
381. Sundin, J., Forbes H., Fear N.T. The impact of the conflicts of Iraq and Afghanistan: a UK perspective / J. Sundin, H. Forbes, N.T. Fear [et al.] // *International Review of Psychiatry*. – 2011. – Vol. 23. – № 2. – P. 153–159.
382. Sutker, P.B. Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theatre prisoner of war survivors and combat veterans / P.B. Sutker, A.N. Jr. Allain, D.K. Winstead // *American journal of psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – № 2. – P. 240–245.
383. Sutker, P.B. Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict / P.B. Sutker, D.K. Winstead, Z.H. Galina, Jr. Allain // *American journal of psychiatry*. – 1991. – Vol. 148, – № 1. – P. 67–72.
384. Sutker, P.B. Psychological symptoms and psychiatric diagnoses in Operation Desert Storm troops serving Graves registration duty / P.B. Sutker, M. Uddo, K. Brailey [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 1994. – Vol. 7. – № 2. – P. 159–171.
385. Takata, F. Blood-brain barrier dysfunction amplifies the development of neuroinflammation: understanding of cellular events in brain microvascular endothelial cells for prevention and treatment of BBB dysfunction / F. Takata, S. Nakagawa, J. Matsumoto [et al.] // *Frontiers in Cellular Neuroscience*. – 2021. – Vol. 15. – 661838. doi:10.3389/fncel.2021.661838.
386. Tate, S.R. Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history / S.R. Tate, S.B. Norman, J.R. McQuaid, S.A. Brown // *Journal of substance abuse treatment*. – 2007. – Vol. 33. – № 1. – P. 25–32.
387. Taylor, B. Prevalence and costs of co-occurring traumatic brain injury with and without psychiatric disturbance and pain among Afghanistan and Iraq War Veteran V.A. users / B. C. Taylor, E. M. Hagel, K. F. Carlson [et al.] // *Medical care*. – 2012. – Vol. 50 – № 4. – P. 342–346.
388. Taylor, F.B. Prazosin effects on objective sleep measures and clinical symptoms in civilian trauma posttraumatic stress disorder: a placebo-controlled study / F.B. Taylor, P. Martin, C. Thompson // *Biological Psychiatry*. – 2008. – Vol. 63. – № 6. – P. 629–632.
389. Teeters, J.B. Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges / J.B. Teeters, C.L. Lancaster, D.G. Brown, S.E. Back. // *Substance abuse and rehabilitation*. – 2017. – Vol. 8. – P. 69–77.

390. Traina, G. The Neurotransmission Basis of Post-Traumatic Stress Disorders by the Fear Conditioning Paradigm / G. Traina, J.A. Tuszynski // *International journal of molecular sciences*. – 2023. Vol. 24. – № 22. – 16327. [Published online] doi:10.3390/ijms242216327
391. Tsai, J., Armour, C., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2015). Dissociative subtype of DSM-5 posttraumatic stress disorder in U.S. veterans / Tsai, J., Armour, C., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. // *Journal of psychiatric research*. – 2015. – Vol. 66-67. – P. 67–74.
392. Tsai, J. Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans Study / J. Tsai, I. Harpaz-Rotem, C. Armour [et al.] // *Journal of clinical psychiatry*. – 2015. – Vol. 76. – № 5. – P. 546–553.
393. Ullman, S. E. Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims / S. E. Ullman, M. Relyea, L. Peter-Hagene, A. L. Vasquez // *Addictive behaviors*. – 2013. – Vol. 38. – № 6. – P. 2219–2223.
394. VA/DOD Clinical Practice Guideline for the management of Posttraumatic stress disorder and Acute stress disorder: Clinical summary / Published online: 19 Oct 2018. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.16408>
395. van der Kolk, B.A. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma / B.A. van der Kolk, S. Roth, D. Pelcovitz [et al.] // *Journal of traumatic stress*. – 2005. – Vol. 18. – № 5. – P. 389–399.
396. van Huijstee, J. The dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: research update on clinical and neurobiological features / J. van Huijstee, E. Vermetten // *Current topics in behavioral neurosciences*. – 2018. – Vol. 38. – P. 229–248.
397. Vasterling, J. J. Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: perspectives from cognitive neuroscience / J. J. Vasterling, M. Verfaellie, K. D. Sullivan // *Clinical psychology review*. – 2009. – Vol. 29. – № 8. – P. 674–684.
398. Vasterling, J. J. Traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder: conceptual, diagnostic, and therapeutic considerations in the context of co-occurrence / J. J. Vasterling, S. N. Jacob, A. Rasmusson // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. – 2018. – Vol. 30. – № 2. – P. 91–100.
399. Villarreal, G. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial / G. Villarreal, M. B. Hamner, J. M. Cañive [et al.] // *American journal of psychiatry*. – 2016. – Vol. 173. – № 12. – P. 1205–1212.
400. Vinkers, C. H. Traumatic stress and human DNA methylation: a critical review / C. H. Vinkers, A. L. Kalafateli, B. P. Rutten [et al.] // *Epigenomics*. – 2015. – Vol. 7. – № 4. – P. 593–608.

401. Vogt, D.S. Deployment stressors, gender, and mental health outcomes among Gulf War I veterans / D.S. Vogt, A.P. Pless, L.A. King, D.W. King // *Journal of traumatic stress*. – 2005. – Vol. 18. – № 3//. – P. 115–127.
402. van der Wal, S.J. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up / S.J. van der Wal, E. Vermetten, G. Elbert // *European psychiatry*. – 2020. – Vol. 64. – № 1. – e10. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.113
403. Watson, P.B., Daniels B. Post-traumatic stress disorder symptoms in the files of Australian servicemen hospitalized in 1942-1952 / P.B. Watson, B. Daniels // *Australas Psychiatry*. – 2008. – Vol. 16. – № 1. – P. 13–17.
404. Weiss, D. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans / D. Weiss, C.R. Marmar, W.E. Schlenger [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5. – P. 365–376.
405. Wilk, J. E. Mild traumatic brain injury (concussion), posttraumatic stress disorder, and depression in U.S. soldiers involved in combat deployments: association with postdeployment symptoms / J. E. Wilk, R. K. Herrell, G. H. Wynn [et al.] // *Psychosomatic medicine*. – 2012. – Vol. 74. – № 3. – P. 249–257.
406. Williams, T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) / T. Williams, N.J. Phillips, D.J. Stein, J.C. Ipser // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2022. Issue 3. Art No.: CD002795. doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub3.
407. Williamson, C. Exploring the health and well-being of a national sample of U.K. treatment-seeking veterans / C. Williamson, J. Baumann, D. Murphy // *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. – 2023. – Vol. 15. – № 4. – P. 672-680.
408. Williamson, V. Prevalence of mental health disorders in elderly U.S. military veterans: a meta-analysis and systematic review / V. Williamson, S.A.M. Stevelink, K. Greenberg [et al.] // *American Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2018. – Vol. 26. – P. 534–545.
409. Wisco, B. E. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study / B. E. Wisco, B. P. Marx, E. J. Wolf [et al.] // *Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – Vol. 75. – № 12. – P. 1338–1346.
410. Wolf, E.J. A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: evidence for a dissociative subtype / E.J. Wolf, M.W. Miller, A.F. Reardon [et al.] // *Archives of general psychiatry*. – 2012. – Vol. 69. – P. 698–705.
411. Wooley, C. F. Jacob Mendez DaCosta: medical teacher, clinician, and clinical investigator / C. F. Wooley // *American journal of cardiology*. – 1982. – Vol. 50. – № 5. – P. 1145–1148.

412. Xu, Y. Retrospectively assessed trajectories of PTSD symptoms and their subsequent comorbidities / Y. Xu, C. Vandeleur, M. Müller [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2021. – Vol. 136. – P. 71–79.
413. Yang, R. Longitudinal genome-wide methylation study of PTSD treatment using prolonged exposure and hydrocortisone / R. Yang, C. Xu, L.M. Bierer [et al.] // *Translational psychiatry*. – 2021. – Vol. 11. – № 1. – P. 398. doi:10.1038/s41398-021-01513-5
414. Yehuda, R. Epigenetic biomarkers as predictors and correlates of symptom improvement following psychotherapy in combat veterans with PTSD / R. Yehuda, N.P. Daskalakis, F. Desarnaud [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2013. – Vol. 4. – P. 118.
415. Yeo, I.S. Psychiatric casualties during the Korean War: focusing on american and common wealth soldiers / I.S. Yeo // *Uisahak*. – 2023. – Vol. 32. – № 3. – P. 865–889.
416. Yitzhaki, T. The clinical picture of acute combat stress reaction among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon War / T. Yitzhaki, Z. Solomon, M. Kotler // *Military medicine*. – 1991. – Vol. 156. – № 4. – P. 193–197.
417. Zatzick, D. F. Multisite investigation of traumatic brain injuries, posttraumatic stress disorder, and self-reported health and cognitive impairments / D. F. Zatzick, F. P. Rivara, G. J. Jurkovich [et al.] // *Archives of general psychiatry*. – 2010. – Vol. 67. – № 12. – P. 1291–1300.
418. Zlotnick, C. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? / C. Zlotnick, C.L. Franklin, M. Zimmerman // *Comprehensive Psychiatry*. – 2002. – Vol. 43. – № 6. – P. 413–419.
419. Zohar, J. Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder following combat trauma: a semiprospective study / J. Zohar, L. Fostick, A. Cohen [et al.] // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2009. – Vol. 70 – № 12. – P. 1629–1635.
420. Zohar, J. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder / J. Zohar, A. Juven-Wetzler, R. Sonnino [et al.] // *Dialogues in clinical neuroscience*. – 2011. – Vol. 13. – № 3. – P. 301–309.
421. Zoricic, Z. Comorbid alcohol addiction increases aggression level in soldiers with combat-related post-traumatic stress disorder / Z. Zoricic, D. Karlovic, D. Buljan, S. Marusic // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 2003. – Vol. 57. – № 3. – P. 199–202.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 3.

	Обстрелы	Участие в боях	Контузии	Контузии подтвержденные	Ранение	Увечье	РБС на фронте	Госпитализация с ЛБС	Алкоголь на фронте	Конфликты на службе	Установка на службу	Наследственная отягощенность	Психические р-ва до войны	Алкоголизация до войны	Наркотики до войны	ЧМТ до войны	Судимость	Психотравмы мирного времени
Обстрелы																		
Участие в боях																		
Контузии																		
Контузии подтвержденные																		
Ранение																		
Увечье																		
РБС на фронте																		
Госпитализация с ЛБС																		
Алкоголизация на фронте																		
Конфликты на службе																		
Установка на службу																		
Наследственная отягощенность																		
Психические р-ва до войны																		
Злоупотребление алкоголем до войны																		
Употребление наркотиков до войны																		
ЧМТ до войны																		
Судимость																		
Психотравмы мирного времени																		

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 3.1. Сопряженность патогенных факторов между собой

	Обстрелы	Участие в боях	Контузии	Контузии подтвержденные	Ранение	Увечье	РБС на фронте	Госпитализация с ЛБС	Алкоголь на фронте	Конфликты на службе	Установка на службу	Наследственная отягощенность	Психические р-ва до войны	Алкоголизация до войны	Наркотики до войны	ЧМТ до войны	Психотравмы мирного времени
Все формы аддиктивного поведения																	
Диагноз Зависимости от алкоголя																	
Признаки зависимости от алкоголя																	
Злоупотребление алкоголем																	

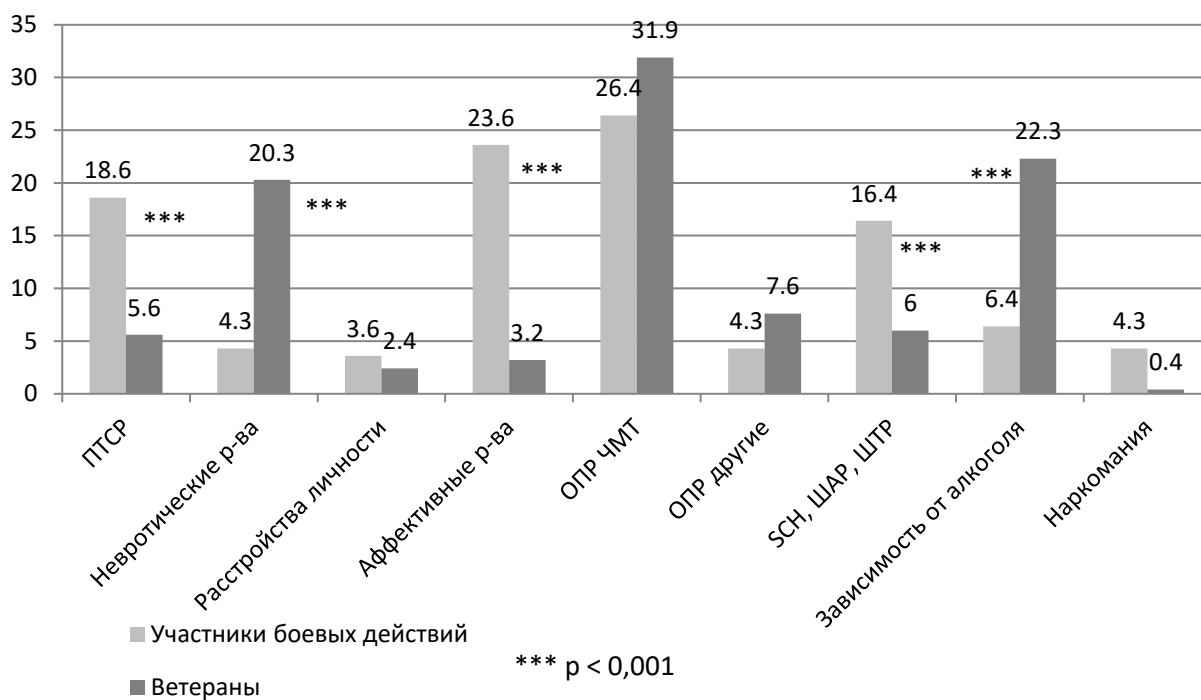
$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 3.2. Сопряженность зависимости и злоупотребления алкоголем с патогенными факторами

	Инtruзия	Избегание	Ожидание опасности	Эмоциональное онемение	Диссоциативные с-мы	Демонстративное поведение	Астенические с-мы	Панические атаки	Соматоформные с-мы	Тревога	Депрессивная с-ка	Тяжелая депрессия	Апатия	Ослабление памяти	Инертность
Инtruзия															
Избегание															
Ожидание опасности															
Эмоциональное онемение															
Диссоциативные с-мы															
Демонстративное поведение															
Астенические с-мы															
Панические атаки															
Соматоформные с-мы															
Тревога															
Депрессивная с-ка															
Тяжелая депрессия															
Апатия															
Ослабление памяти															
Инертность															

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$

Рисунок 3.3. Взаимная сопряженность различных психопатологических симптомов у участников боевых действий, которые имеют признаки ПТСР (таблицы сопряженности)



ОПР – органическое психическое р-во; ЧМТ – черепно-мозговая травма; СЧН – шизофрения; ШАР – шизоаффективное расстройство; ШТР – шизотипическое р-во.

Рисунок 3.4. Диагностированные психические расстройства (%) у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

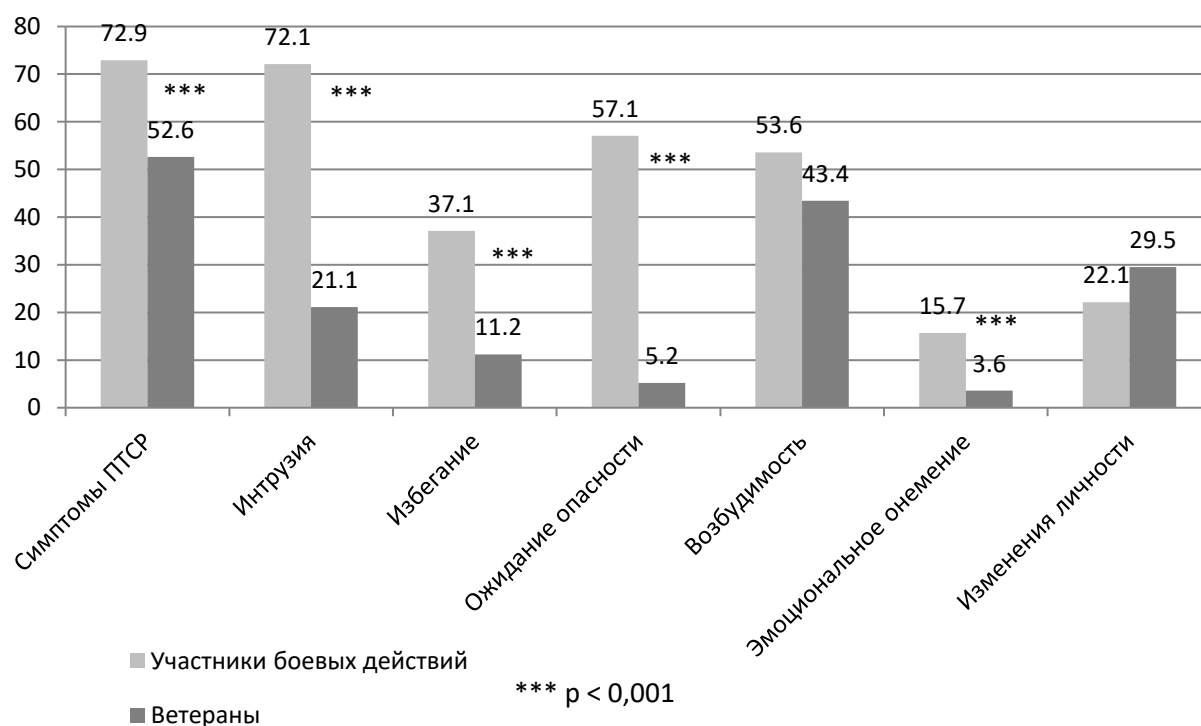


Рисунок 3.5. Относительная частота симптомов стрессовых расстройств (%) у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

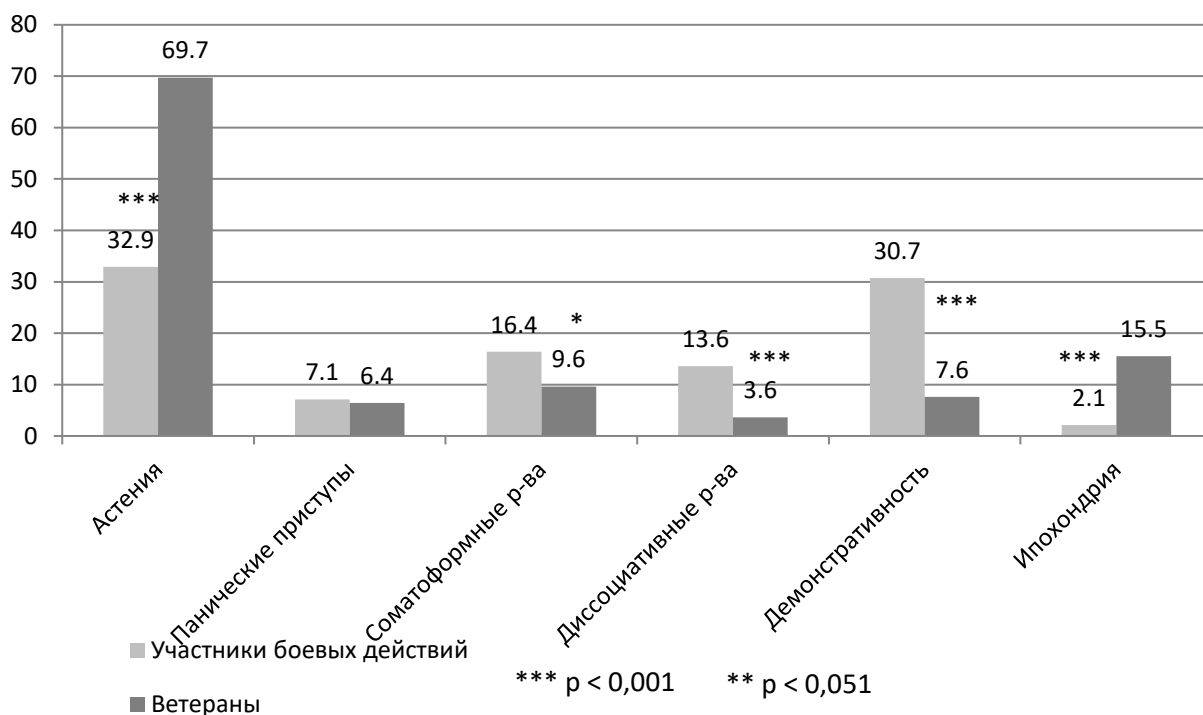


Рисунок 3.6. Относительная частота расстройств невротического круга у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

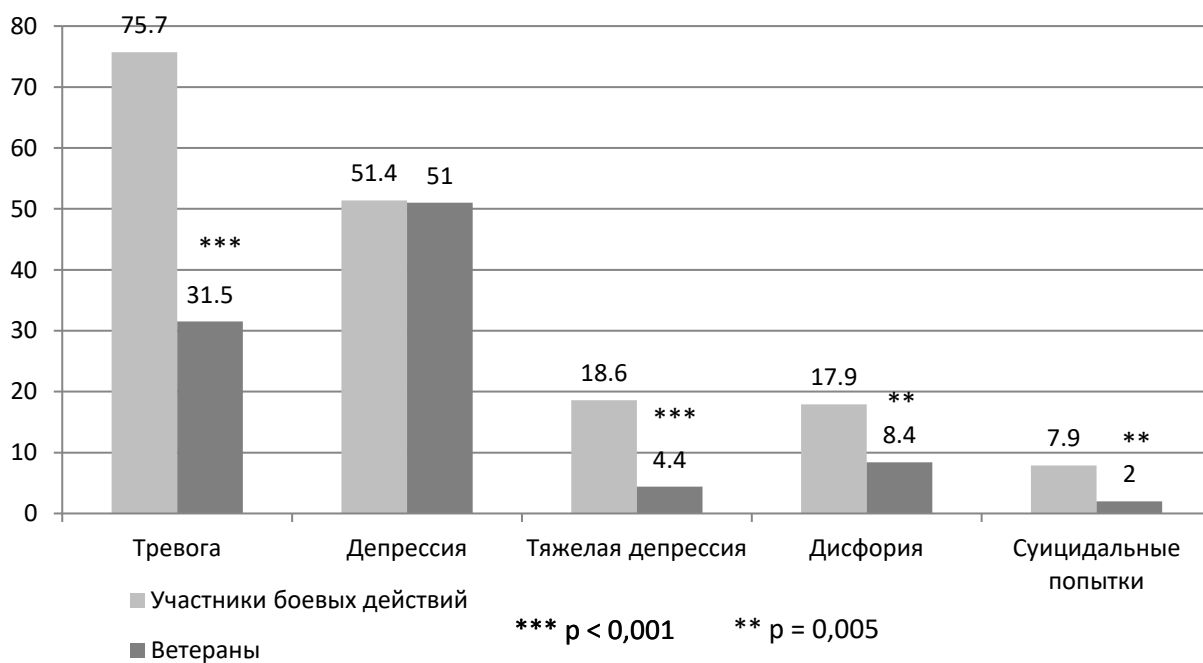


Рисунок 3.7. Относительная частота аффективных нарушений у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

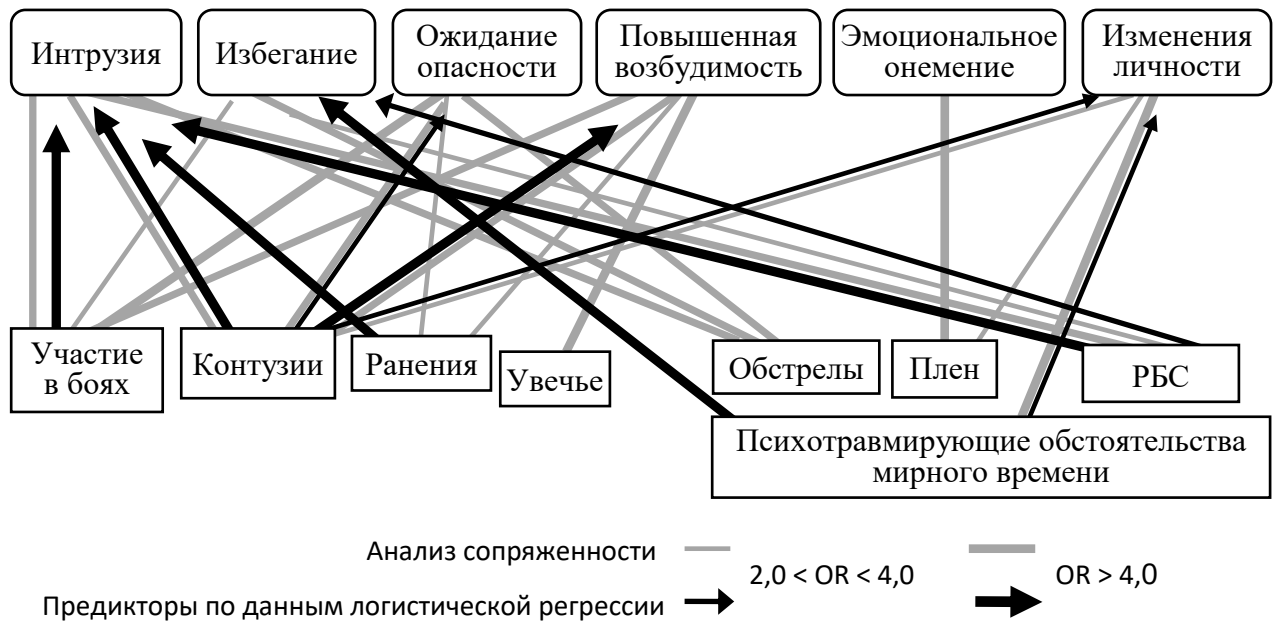


Рисунок 3.8. Анамнестические факторы, связанные с отдельными симптомами ПТСР (анализ сопряженности и логистическая регрессия).

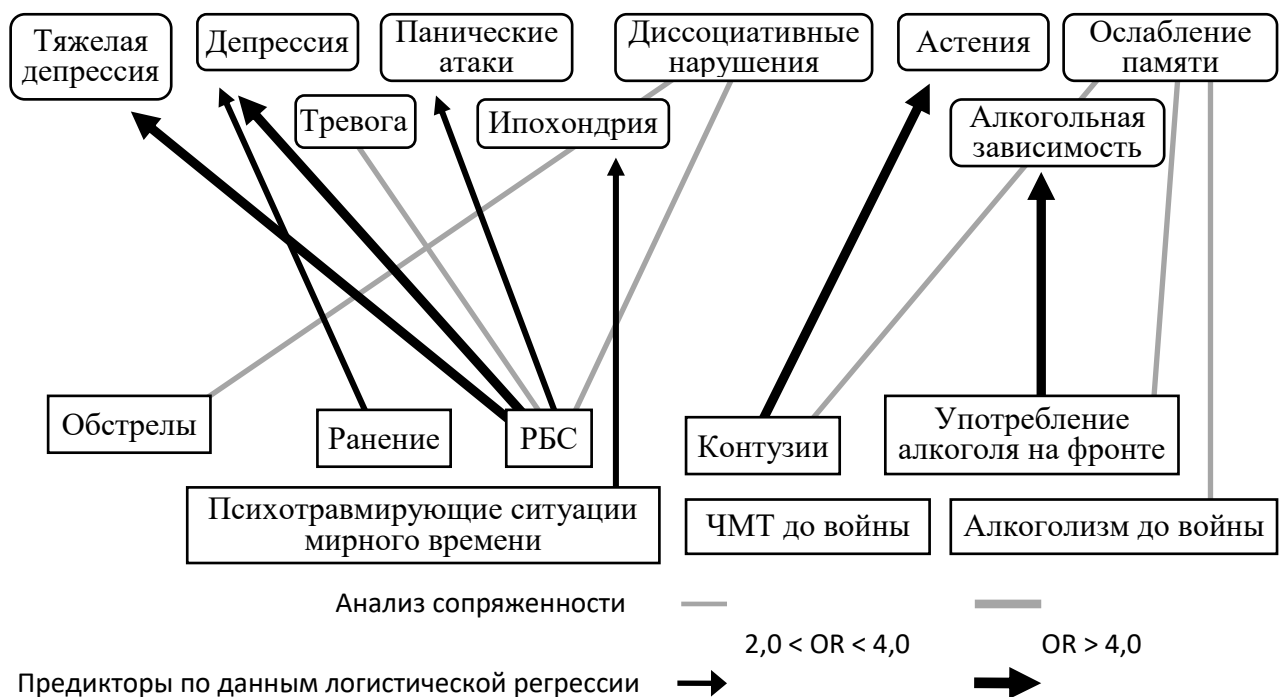


Рисунок 3.9. Анамнестические факторы, связанные с психопатологическими симптомами (анализ сопряженности и логистическая регрессия)

Клинический пример 3.2.-1.

Рядовой И., 22 года, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 52 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)».

У пациента в анамнезе отсутствуют сведения об отставании в психическом развитии, нарушениях поведения и других психических расстройствах. После окончания 11 классов школы проходил военную службу по призыву и был демобилизован на общих основаниях. В последующем трудоустроился менеджером, быстро получил повышение и последние несколько месяцев работал руководителем отдела предприятия.

В период службы в составе мотострелкового подразделения принимал участие в боевых действиях. Со слов, при минометных обстрелах дважды получал контузии, одна из которых сопровождалась потерей сознания, головокружением, нарушением координации движений, глухотой на одно ухо, последующим преходящим заиканием и неполным восстановлением слуха на правое ухо. Во время первого отпуска, находясь дома, стал отмечать непроизвольные воспоминания о погибших товарищах и других наиболее тягостных событиях, которые сопровождались то страхом, то тоской и ощущением безысходности, ознобом, потливостью. Заметил у себя настороженность в совершенно безопасных ситуациях, но особенно в местах скопления людей, в метро. Понял, что боится стать целью артиллерии врага. Отмечал внезапный страх в ответ на стимулы, напоминающие боевую обстановку: пугался звука поезда в метро, вздрагивал от звуков машин, от «мелькания чего-то в боковом зрении, напоминающего движение мышей или крыс». В одиночестве каждый день употреблял вино, чтобы расслабиться. Спустя неделю отпуска, после получения вести о гибели и ранении нескольких его товарищей снизилось настроение, появилась мрачная пессимистичная оценка будущего, чувство безысходности, усилилась тревога, две ночи не мог заснуть, появлялись мысли о нежелании жить. Направлен на лечение в ПКБ 1 ДЗМ.

При обследовании не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой симптоматики, грубо дезорганизованного поведения или кататонии, нарушений памяти и мышления, внешних признаков выраженной депрессии, идеаторной и двигательной заторможенности. При поступлении был подавлен, мрачен, плакал во время осмотра, при расспросе сообщал о многократно повторяющихся в течение дня воспоминаниях о погибших друзьях, представления собственной смерти. Говорил, что «устал ждать смерти». Медперсонал замечал случаи, когда пациент внезапно вздрагивал и слегка приседал при громких звуках. Первые дни наблюдения был молчалив, почти ни с кем не общался. Сторонился других военнослужащих, отказывался смотреть телепередачи. Много спал днем. В ночное время первые две ночи просыпался и выходил из палаты, говорил, что из-за кошмаров.

Проводилось лечение: флувоксамин, амитриптилин парентерально и перорально, карбамазепин, тиапридал.

На фоне лечения восстановился сон, стал активнее в отделении, живее реагировать на окружающее, улучшилось настроение, исчезли внешние проявления тревоги. Говорит, что сохраняются воспоминания о войне, но «их можно терпеть». Отказывается смотреть телевизор, объясняя это тем, что «вам там сказки рассказывают», признает, что с соседями по палате неохотно говорит о войне. Заметно волнуется, когда затрагивает тему гибели товарищей. Отрицает мысли о самоубийстве. Признает, что не хочет возвращаться на фронт, но «выбора все равно нет».

Обсуждение случая. У военнослужащего в связи с воздействием тяжелого боевого стресса возникли симптомы вторжения, тревожная симптоматика, проявления повышенной реактивности. Наиболее выраженными в данном случае оказались симптомы интрузии, которые проявлялись персистирующими непроизвольными или вызванными внешними обстоятельствами воспоминаниями, и симптомы повышенной реактивности в ответ на стимулы, напоминающие опасные в боевой обстановке. После очередного травмирующего события развилась депрессивная симптоматика, которая на фоне проведенного лечения стала менее выраженной, и в настоящее время сохраняются умеренной тяжести признаки ПТСР.

Клинический пример 3.2.

Пациент В., 27 лет, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ в течение 45 дней с диагнозом «Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга со стойкими и выраженными астеническими, тревожными нарушениями (F06.820). Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)».

У пациента в анамнезе отставания в физическом, психическом развитии и нарушений поведения не прослеживается. К врачам-психиатрам не обращался. Сведений о пациенте в Едином медицинском портале нет. Проходил военную службу по призыву, успешно адаптировался в мирной жизни после увольнения из ВС. Работал менеджером, занимался индивидуальным предпринимательством. Женат, детей нет.

В течение 5 месяцев принимал участие в боевых действиях в составе мотострелкового полка. При артобстреле получил контузию: «на мгновение отключился», потом была рвота, сильное головокружение, звон в голове, ощущение ухудшения координации движений, ухудшение слуха и ощущение затруднения речи. В связи с боевой обстановкой не эвакуировался и не получал медицинской помощи. Продолжал выполнять боевые задачи. Спустя три месяца в бою получил повторную МВТ – контузию с потерей сознания,

повторяющейся рвотой, снижением слуха, продолжительным затруднением речи. На этапах эвакуации отмечались эпизоды потери сознания. Проходил лечение в полевых госпиталях и одном из тыловых военных госпиталей, где был поставлен диагноз: «Минно-взрывная травма. ЗЧМТ с сотрясением головного мозга, левосторонняя акубаротравма...». После лечения и освидетельствования ВВК, которой на основании ст. 42-в гр 3 расписания болезней был признан – «Б» годен к военной службе с незначительными ограничениями. В период лечения в госпитале стал отмечать нарушение сна с кошмарными сновидениями боевой тематики, появление реакций испуга и совершение защитных действий (вздрагивал, приседал) в ответ на внезапные громкие звуки, эмоциональной неустойчивости с резким ухудшением настроения и слезливостью, когда вспоминал погибших. Продолжал службу в своей воинской части, и во время боевой работы на психические изменения внимания не обращал. Через две недели получил третью МВТ – контузию с кратковременной потерей сознания, лечения не получал, но «разрешили несколько дней отдохнуть». В дальнейшем в течение двух месяцев продолжал службу в зоне боевых действий. Беспокоила головная боль, головокружение, быстрая утомляемость при обычных физических и эмоциональных нагрузках, непроизвольные воспоминания, кошмары, из-за которых просыпался и иногда «первые минуты не мог прийти в себя». Во время очередного отпуска с первых дней стал отмечать постоянную тревогу, которая усиливалась и достигала паники в людных местах (в торговом центре, когда гулял с женой в парке). Во время одного такого приступа тревоги, возникшего в большом магазине, «долго сидел на улице на скамейке, чтобы успокоиться, был весь мокрый, сердце колотилось». В покое часто всплывали в памяти события войны, в воображении представлялись тягостные сцены боевой обстановки. Почти постоянно испытывал слабость, потливость, головную боль, чрезмерную чувствительность к любым известиям, хорошим и плохим, с появлением слез. Злились сюжеты про боевые действия в телепередачах, отказывался говорить на тему войны, если разговор касался её – становился угрюмым или злился. Стал отмечать раздражительность в ответ на громкие звуки, шум и толкотню в транспорте, просьбы жены и ее проявления заботы. В день госпитализации после прогулки с женой в парке неожиданно, без какой-то внешней провокации возникли образные воспоминания и представления боевой обстановки, и случайные прохожие мужчины показались одетыми «в не нашу военную форму». Из-за острого приступа страха схватил за руку жену и бросился бежать через дорогу к ближайшему дому, где его чуть не сбил успевший притормозить автомобиль. Согласно рапорту полиции, пациент выбежал на проезжую часть в неположенном месте, создавал помехи движению транспортных средств и аварийную ситуацию. Был доставлен в ближайшее ОВД, где осмотрен врачом-психиатром СМП, доставлен в ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ.

За время наблюдения в стационаре не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой симптоматики, грубо дезорганизованного поведения, кататонии, выраженных интеллектуально-мнестических расстройств. Первые дни предъявлял жалобы: на постоянную тревогу, которая усиливается при воспоминаниях о боевых действиях или без какой-либо причины; на пониженное настроение; на реакции на посторонний шум, резкие звуки, которые вызывают стремление спрятаться; на головную боль, которая усиливается на фоне эмоциональных переживаний, после психической или физической нагрузки; на ухудшение внимания и памяти; снижение способности испытывать радость от того, что ранее приносило удовольствие. Отмечались внешние проявления тревоги – видимое волнение, беспокойство во время бесед с врачами, особенно при обсуждении темы боевых действий, выраженный гипергидроз и гиперемия лица. Во время прогулок отмечались реакции вздрагивания в ответ на посторонние звуки. Несколько раз возникало раздражение и злость в ответ на обращения медперсонала, осмотров врачей и психолога.

Проводилось лечение: амитриптилин парентерально, мirtазапин, карбамазепин, пропазин, мексидол, гопантенная кислота.

На фоне лечения отмечает значительное уменьшение частоты и выраженности эмоционального сопровождения повторных переживаний стрессовых событий. Эпизодов сенсорно ярких и сопровождающихся выраженными аффективными нарушениями образных воспоминаний и представлений в стационаре не повторялось. Настроение без признаков депрессии. Сохраняется уклонение от информации и обстоятельств, ассоциированных с психической травмой: не смотрит телепередач, уходит, если другие начинают обсуждать военную тему. Перестал проявлять реакции недовольства и злобы на окружающих, но раздражительность сохраняется. Отмечает снижение умственной работоспособности, ухудшение памяти на текущие события, ослабление внимания.

В неврологическом статусе без признаков очагового поражения ЦНС. В позе Ромберга негрубая статическая атаксия. Тремор пальцев вытянутых рук. Дистальный гипергидроз.

Результаты инструментальных исследований. КТ головного мозга: На серии томограмм головного мозга участков патологической плотности в ткани головного мозга не выявлено. Срединные структуры мозга не смещены. Боковые желудочки симметричные не расширены. Субарахноидальное ликворное пространство неравномерно расширено. Ширина борозд соответствует возрасту. Отмечаются обызвествления в хореоидальных сплетениях и шишковидной железе. Турецкое седло обычной формы и размеров, без патологических включений в его полости. На уровне исследования без костно-травматических изменений. ЭЭГ:

Неспецифические изменения биоэлектрической активности головного мозга. За время записи эпилептиформной и очаговой активности не зарегистрировано.

Экспериментально-психологическое исследование: на фоне средних интеллектуальных функций выявляются нарушения операциональной стороны мышления с опорой на конкретные, функциональные признаки предметов. Динамический компонент мышления представлен инертностью мышления, отмечается снижение продуктивности. Трудности в ассоциативной сфере. Встречаются адекватные, конкретные, атрибутивные, личностно-значимые образы. Переносный смысл «Метафор и пословиц» пациенту доступен не в полном объеме. Темп психической деятельности неравномерный. Наблюдается сужение объема внимания, трудности концентрации активного внимания, нарушение устойчивости внимания, нарастающая истощаемость. Механическая память в пределах нормы, опосредованное запоминание, отсроченное воспроизведение снижены. В эмоционально-личностной сфере выражены такие характеристики как отстранённость, обеднение эмоциональной сферы, изолированность, напряженность, тревожность, чувство неуверенности.

Обсуждение случая. У пациента, перенесшего тяжелый боевой стресс и повторные минно-взрывные травмы головы (контузии), еще во время боевых действий развилась астеническая и тревожная симптоматика, позже, во время эвакуации и отпусков стали отмечаться симптомы вторжения, избегания, гиперреактивности и эмоциональной неустойчивости. Описанный больным, его близкими и подтвержденный документами преходящий эпизод вторжения образных представлений травматического содержания с искаженным восприятием окружающей обстановки и кажущимся преследованием имеет транзиторный, синдромально незавершенный, рудиментарный характер, и его повторений не фиксировалось в условиях медицинского наблюдения.

Клинический пример 3.3.

Пациент А., 22 года, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 16 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)».

В анамнезе у пациента наследственная отягощенность шизофренией и алкогольной зависимостью, при этом отсутствуют сведения о задержке психического развития, стойких нарушениях поведения в детском и подростковом возрасте. В юности после расставания с любимой девушкой в течение двух месяцев отмечалось пониженное настроение с переживаниями вины и сожаления о разрыве отношений. После окончания школы поступил в вуз, но оставил учебу, работал в коммерческом предприятии.

Принимал участие в боевых действиях оператором-наводчиком БМП, затем командиром БПМ, в последующем – командиром бронегруппы. Имеет государственную награду. Принимал участие в тяжелых оборонительных боях с большими потерями. Трижды получал контузии, одна из которых с потерей сознания, но за медпомощью не обращался. На фоне напряженных отношений с командирами, переживания несправедливости военного руководства отмечалось снижение настроения, нарушения сна, стали проявляться частые вспышки раздражительности, подрался с командиром. После замены командира ситуация разрешилась и психическое состояние улучшилось. Однако повышенная реактивность на стимулы и вспыльчивость сохранялись. Во время очередного отпуска заметил у себя часто возникающую тревогу и ожидание опасности, отмечались нарушения сна – долго не мог уснуть из-за тяжких размышлений, снились кошмары с сюжетом нападения врага, угрозы гибели. После одного из ночных кошмаров проснувшись бросился на пол, пытался укрыться от опасности. На улице и в общественных местах отмечались привычные реакции укрытия в ответ на стимулы, напоминающие угрожающие звуки, похожие на звук дронов-камикадзе или «выходов» (выстрелов минометов). В такие моменты непроизвольно вздрагивал, приседал, группировался, однажды услышав громкий звук на улице бросился за угол дома, но почти сразу остановился, долго сидел и ждал, когда пройдет чувство тревоги. В отпуске узнал, что погибли и получили тяжелые ранения многие сослуживцы из его бронегруппы. После этого усилилась тревога, понизилось настроение, беспокоили тягостные воспоминания, испытывал чувство вины перед погибшими сослуживцами. Вместе с родственниками обратился в Единый центр поддержки, откуда и направлен в ПКБ №1.

За время наблюдения в стационаре признаков галлюцинаций, актуальных бредовых идей, кататонии, идеаторной и двигательной заторможенности, возбуждения не отмечалось. При поступлении был тревожен, напряжен, с трудом сдерживал слезы, рассказывая о боевых действиях, отмечались дрожание губ, тремор рук, гипергидроз. Жаловался, преимущественно, на повышенную возбудимость и возникновение неуправляемых вспышек злости. Отмечал у себя кошмары, нежелание думать и говорить военных действиях, ощущение нереальности происходящего в мирном городе, переживание эмоционального отчуждения от окружающих людей. Хорошо понимает связь переживаний с воздействием боевых стресс-факторов, подчеркивает, что на войне эти реакции помогают выжить. Например, отмечает, что реакции на «выходы», «вообще, любой непривычный звук - это опасность». Поэтому хлопки на улице, яркие вспышки, звук самоката «напрягают».

Проводилось лечение: миртазапин, карбамазепин, хлорпромазин.

По мере лечения стал значительно спокойнее, нормализовался сон, перестали наблюдаться вспышки раздражительности и внешние проявления реакции на провоцирующие стимулы, но сохраняется эмоциональное оцепенение, формальность общения, и отмечаемое больным ощущение некоторой нереальности окружающего, внутренней опустошенности, утрата прежних интересов. Твердо настроен на возвращение к исполнению обязанностей в зоне боевых действий, просит о выписке в часть после окончания лечения.

Неврологический статус. Менингеальных знаков нет. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус не изменен. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет четко. Тремор пальцев рук. Дистальный гипергидроз.

Инструментальные исследования. ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга, указывающие на дисфункцию неспецифических структур ствола. Очаговая, эпилептиформная, пароксизмальная активность не регистрируется. КТ головного мозга: Признаков костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Патологических объемных образований в полости черепа не выявлено. Желудочки мозга не расширены, не деформированы. Срединные структуры мозга не смещены. Положение, форма, размеры турецкого седла обычное, без признаков патологических включений.

Обсуждение случая. У военнослужащего по контракту, перенесшего легкие контузии и длительное воздействие тяжелых боевых стрессоров, во время отпуска усилились переживания интрузии, избегания и оцепенения, ожидания опасности и повышенной реактивности на стимулы, ассоциированные с травмирующими событиями. После известия о гибели друзей отмечается снижение настроения и переживание «вины выжившего».

Клинический пример 3.4.

Пациент В., 43 года, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 32 дней с диагнозом «Органическое расстройство личности в связи со смешанным заболеванием (повторными травмами головного мозга, алкогольной интоксикацией) (F07.08)»

Анамнез. Наследственность отягощена злоупотреблением алкоголем у отца. У пациента в анамнезе признаков отставания в психическом развитии, психотических и аффективных расстройств, выраженной аномалии личности не прослеживается. Проходил военную службу по призыву в инженерных войсках, демобилизован на общих основаниях. С юности многие годы злоупотреблял алкоголем, сформировалась зависимость с патологическим влечением, абстинентным синдромом, измененной реактивностью, запоями. Из-за алкоголизма распалась

семья, был лишен водительских прав, был занят на неквалифицированной работе, за неуплату алиментов отбывал срок наказания.

Принимал участие в боевых действиях в составе штурмового подразделения. Через месяц впервые перенес контузию и проходил лечение в госпитале, после чего продолжал службу. Примерно через год получил повторную контузию с потерей сознания, носовым кровотечением, последующими затруднением речи и заиканием, которое со временем почти исчезло, и вновь появляется при волнении. С того времени беспокоят головная боль, быстрая утомляемость, плохая переносимость духоты, чувствительность к громким звукам, раздражительность при физической усталости. Значительно чаще, чем ранее стали возникать возбудимость с гневливостью, взрывами ярости и словесной агрессией. Из-за эмоциональной неустойчивости возникали конфликты с командирами, после которых попадал под арест. При выполнении боевого задания получил осколочное ранение в области правого колена, в связи с чем был эвакуирован с передовой, получал лечение в госпитале и в месте постоянной дислокации воинской части. С этого времени стали беспокоить нарушение сна с однообразными кошмарами военной тематики (вижу двухсотых, умирающих, кровь на руках, чувствую запах), повторяющиеся образные воспоминания о гибели сослуживцев или опасных ситуациях. Отмечал у себя преобладающее сниженное злобное настроение, тревогу с постоянной настороженностью и ожиданием опасности, реакции страха, вздрагивание и порывы совершать привычные защитные действия – «приседал, и чуть было не бросался на землю, услышав звук, похожий на выстрел или жужжание коптера». Стал нетерпеливым в ситуациях ожидания, нетерпимым к поведению других людей, вспыльчивым и необычно для себя прежде злобным. Во время отпуска жена и дочь заметили у больного угрюмый фон настроения, затруднения общения, когда он подолгу просиживал молча или молча выполнял их просьбы и односложно отвечал на попытки вовлечь его в разговор, равнодушный отказ от предложений развлечься. Из-за часто возникавших у пациента вспышек злобы и гнева, которые сопровождались бранью, оскорблениями, угрожающими действиями, резким покраснением лица и устрашающей гримасой ярости, жена и дочь уговорили его обратиться за медицинской помощью, пациент был направлен на стационарное лечение.

Все время наблюдения в отделении признаков психотической симптоматики (бредовых идей, галлюцинаций, состояний ступора) не выявлено. Первые дни отмечалось угрюмо-злобное настроение, с мрачным и злобным видом сидел во время осмотра, отрывисто и грубо отвечал на вопросы. Был напряжен, насторожен, оппозиционен в общении с врачами. При обсуждении военного анамнеза проявлял раздражение, грубое недовольство. Эмоциональные реакции сопровождались появлением слез, резким покраснением лица, гипергидрозом. В отделении в

ответ на просьбы персонала и требования соблюдения режима возникла выраженная эксплозивная реакция с гневом, руганью, угрозами и выдвижением требований, которая была купирована назначением хлорпромазина. По мере уменьшения тоскливо-злобного компонента настроения начал признавать, что после контузии усилилась раздражительность и гневливость – «стал злобным, агрессивным, на командиров набросился», появилось «постоянное чувство опасности», «как будто что-то должно произойти, прилета жду с минуту на минуту», возникают реакции на звуки, напоминающие «вылеты».

Проводилось лечение: миртазапин, карбамазепин, хлорпромазин.

На фоне лечения уменьшились проявления недержания аффекта, улучшился сон. Жалуется на головную боль, утомляемость, бессонницу, иногда повторяющиеся кошмарные сновидения. Сохраняется сниженное настроение. Остается малоkontakтен, ответы краткие, часто односложные, преимущественно формальные. Отмечает у себя ухудшение памяти. К продолжению участия в боевых действиях относится скорее отрицательно, но планирует вернуться в свою часть.

Неврологический статус. Менингеальные знаки не выявляются. Установочный горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Легкая дизартрия. Сухожильные рефлексы D=S. Мышечный тонус не изменен. Патологические рефлексы отсутствуют. В позе Ромберга неустойчив, координаторные пробы выполняет нечетко с двух сторон. Тремор пальцев рук. Дистальный гипергидроз.

Инструментальные исследования. ЭЭГ: Умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга, указывающие на дисфункцию неспецифических структур ствола. Очаговая, эпилептиформная, пароксизмальная активность не регистрируется. КТ головного мозга: Признаков костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено. Дифференцировка белого и серого вещества сохранена. Денситометрические показатели мозговой ткани существенно не изменены. Патологических объёмных образований в полости черепа не выявлено. Желудочки мозга не расширены, не деформированы. Срединные структуры мозга не смещены. Базальные цистерны обычных размеров. В подпаутинном пространстве на уровне лобных и теменных долей мозга имеются мелкие кистовидные расширения. Положение, форма, размеры турецкого седла обычное, без признаков патологических включений.

Экспериментально-психологическое исследование. На фоне средних интеллектуальных способностей операциональный компонент мышления выражен выделением конкретных, функциональных признаки предметов, встречаются отдалённые, носящие поверхностный характер объяснения. Динамическая сторона мыслительной деятельности выражена

лабильностью мыслительных процессов, что выражается в неустойчивости способа выполнения заданий. Механическая память со снижением. Темп психической деятельности неравномерный, вместе с тем замедленный. Выявляются колебания активного внимания, объем внимания сужен, снижение концентрации внимания, отвлекаем, истощаем по гиперстеническому типу. Переносное значение простых метафор и пословиц пациенту доступно частично (некоторые пословицы не знает). Эмоционально-личностная сфера представлена напряженностью, замкнутостью, эгоцентрической обидчивостью, трудностью самореализации, негативно-протестной реакцией, ограниченностью контактов, раздражительностью.

Обсуждение случая. У участника боевых действий, ранее злоупотреблявшего алкоголем, после повторных минно-взрывных травм головного мозга (контузий), в том числе с продолжительной потерей сознания, и длительного боевого стресса, отмечается развитие церебрастенической симптоматики и легких когнитивных нарушений, симптомов интрузии, избегания и резко выраженной аффективной неустойчивости. Повышенная возбудимость пациента имеет смешанный генез и связана с довоенным алкоголизмом, повторными минно-взрывными травмами головного мозга и длительным воздействием боевого стресса.

Клинический пример 3.5.

Пациент М., 24 года находился на обследовании и лечении в ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ в течение 36 дней с диагнозом «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с деперсонализацией и суицидальными переживаниями (F33.2)».

У пациента в детском возрасте отставания в физическом и психическом развитии, нарушений поведения и других психических расстройств не прослеживается. В школе учился хорошо, занимался спортом. Поступил в вуз, но не окончил, так как предпочел доходную работу. Ранее никогда к психиатру и наркологу не обращался, но подростковом возрасте после смерти матери отмечалось продолжительное депрессивное состояние с тоской, ангедонией, психической анестезией. Для ослабления душевных страданий наносил себе поверхностные порезы. Состояние через год улучшилось без лечения. Через 2 года, после неудачи в любви вновь пережил эпизод подавленного настроения, во время которого нанес себе порез в области основания первого пальца левой руки. Состояние улучшилось через пару месяцев без лечения. В юношеском возрасте дважды, не уклоняясь от опасных конфликтов, стал участником драк, во время которых в одном случае подвергся избиению группой лиц, во втором – ножевому ранению. Проходил военную службу по призыву, в воинском коллективе адаптировался хорошо, демобилизован на общих основаниях.

В течение полутора месяцев принимал участие в боевых действиях в составе штурмовых подразделений, награжден медалью «За отвагу». Получил огнестрельное пулевое ранение, был

эвакуирован и получал лечение в военных госпиталях. В период лечения возобновилась депрессивная симптоматика с тоской, апатией, нарушением сна, мыслями о самоубийстве. Врачам об этом не говорил. После завершения лечения ранения продолжил службу, воевал в составе штурмового подразделения. Во время боевых действий отмечал нарастающую усталость, нарушение сна, утреннюю тревогу и тоску, периоды подавленного настроения с чувством безнадежности и мыслями о нежелании жить, о гибели от огня противника. Вспоминает, что один раз, испытывая тоску и отчаяние, упав на колени просил сослуживца застрелить его. Однако продолжал участие в боях командиром штурмового отряда, успешно выполнял боевые задачи, представлен ко второй государственной награде. За время боевых действий получал повторные контузии (по поводу которых медицинской помощи не оказывалось), три осколочных ранения – бедра, левой руки, области голеностопа. С последним ранением был эвакуирован и лечился в военном госпитале, где проведено ВВК и признан временно негодным к военной службе с предоставлением 30 суток отпуска. Во время отпуска по болезни, встретив, как ему показалось, непонимание отца, приехал в Москву, где проживал на квартире сестры. Все время испытывал подавленное настроение, переживание нереальности и неестественности окружающей мирной обстановки, которая казалась отчужденной, нереальной, а свое состояние называл «облачным», тогда как воспоминания о войне сохраняли пугающую яркость, эмоциональную насыщенность, возникали многократно в день, часто без внешней провокации. В связи с этим то собирался возвращаться на фронт, то, оставаясь в оцепенении, переживал отчаяние и думал о самоубийстве. После уговоров и по настоянию сестры обратился за психиатрической помощью сначала в частный медицинский центр, затем – в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ.

За время наблюдения в стационаре не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой симптоматики, грубо дезорганизованного поведения или кататонии. Настроение стойко пониженное, мимика тоскливо-застывшая, в беседе отсутствует инициатива, ответы с заметной задержкой, краткие, и пациент дает их безучастным томном. Экспрессивная мимика и моторика крайне обеднены. При расспросе сообщает о реагировании на звуки, напоминающие о боевой остановке, о повторяющихся воспоминаниях о войне и своих товарищах, но в значительно большей степени тяготеет своим эмоциональным состоянием – тягостным безразличием, мучительной душевной пустотой, неспособностью сопереживать другим, потерей эмоциональных оттенков и красок, чувством нереальности всего, что окружает его в мирной жизни. Отмечает у себя одновременно нежелание обсуждать боевой опыт и обиду, что близкие и другие люди, как ему кажется, не проявляют интереса к тому, что он пережил. Испытывает затруднение и утрату образной составляющей мышления, значительное ухудшение памяти и

трудность концентрации внимания. Заметил утрату интереса к общению со старыми друзьями, к тому, что интересовало его ранее. Допускает у себя наличие психических отклонений, но подчеркивает безразличие к этому. Тяготится участием в боевых действиях.

Проводилось лечение: амитриптилин внутривенно и перорально, карбамазепин, вальпроевая кислота, тиаприд.

Неврологический статус. Менингеальные знаки не выявляются. Установочный горизонтальный нистагм в крайних отведениях, слабость конвергенции. Легкая асимметрия лица. Легкая дизартрия. Монопарез сгибателей стопы справа. Сухожильные рефлексy с рук D=S, снижены, с ног D=S, снижены. Походка шаркающая. Мышечный тонус не изменен. Патологические рефлексy отсутствуют. Гипостезия в зоне иннервации n. ulnaris справа, малоберцового нерва справа. Гипотрофия тенара справа. В позе Ромберга устойчив, Координаторные пробы выполняет нечетко с двух сторон. Тремор век, тремор рук.

ЭЭГ: диффузные изменения биоэлектрической активности мозга с дезорганизацией корковой ритмики, указывающие на дисфункцию неспецифических структур ствола. Очаговая, эпилептиформная, пароксизмальная активность не регистрируется.

Экспериментально-психологическое исследование. на фоне средних интеллектуальных функций и актуального психического состояния отмечаются решения на основе актуализации слабых, случайных, несущественных признаков, встречаются ответы с опорой на конкретные, конкретно-ситуативные признаки предметов. Мотивационный компонент мышления представлен нецеленаправленностью мыслительных процессов, нечеткостью некоторых суждений. Механическая память снижена. Опосредованное запоминание с резким снижением. Темп психической деятельности достаточный, при этом неравномерный. Выражено колебание активного внимания, истощаемость.

Обсуждение случая. У пациента в юношеском возрасте переносившего повторные депрессивные эпизоды с самоповреждениями, на фоне продолжительного воздействия боевых стрессоров экстремальной тяжести и перенесенных многократных ранений и контузий прослеживаются появление церебростенической симптоматики, развитие симптомов интрузии, гиперреактивности, характерных изменений личности, эмоционального оцепенения, которое ассоциировано с тяжелой анестетической депрессией.

Клинический пример 3.6.

Младший сержант С., 32 года, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 29 дней с диагнозом «Стойкое изменение личности после длительной подверженности угрозе жизни/переживания катастрофы (F62.0). Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)».

В анамнезе нет данных о перенесенных психотических расстройствах, отставании в психическом развитии, травмах головы, злоупотреблении алкоголем и ПАВ, грубых расстройствах поведения и нарушениях социальной адаптации. Проходил военную службу по призыву, уволен из ВС на общих основаниях, однако в период срочной службы часто вступал в конфликты с сослуживцами. В последующем удовлетворительно адаптировался, получил высшее образование, последние годы помогал отцу в ведении бизнеса, выполняя обязанности экономиста и бухгалтера. Не женат, детей нет.

Принимал участие в боевых действиях сначала в артиллерийском расчете, потом водителем был занят эвакуацией и доставкой боеприпасов. В батарее имелись безвозвратные потери, участвовал в оказании помощи и эвакуации тяжело раненых, транспортировке погибших. Неоднократно попадал под артобстрел и атаки дронов. Говорит, что научился уходить от обстрелов, «везло, и получал легкие контузии», после которых испытывал головную боль, головокружение, шум в ушах. К врачам не обращался – «не до того было, и не было смысла – у всех контузии». Тяжело переживал, когда приезжал на пораженные врагом позиции, где приходилось «собирать» товарищей. В период боевых действий на ПВД отмечал нарушение сна с кошмарными сновидениями, постоянную тревогу с «ожиданием конца», ухудшение настроения по любому поводу и ощущением безысходности. Во время отпуска вместо отдыха почувствовал усиление тревоги, почти каждую ночь пробуждался от кошмаров, вспоминал погибших. Осознал у себя «сильнейший страх смерти» и чувство безвыходности ситуации. Избегал общения с прежними друзьями и девушкой, не стал оповещать их о своем приезде – казалось, что «здесь никто не поймет» его. Побывав в центре города, понял, что «люди живут в другом мире», «все какое-то нереальное, идиотское, когда там война». Заметил, что ничего не хочет делать, нет интереса к прежним увлечениям, не смог сконцентрироваться на выполнении обычной для него работы, «все время откладывал решения по важным вопросам». Избегал просмотра ТВ, так как «все, что показывают про войну не похоже на реальность, злит, провоцирует воспоминания». В общении с родственниками часто проявлял раздражение, недовольство. Накричал на родителей, когда они задали «неудачные вопросы». Злостью реагировал на обращения и проявления участия со стороны матери. Самостоятельно обратился в ПНД с жалобами на подавленное настроение, тревогу, воспоминания и мысли об обстрелах и попаданиях дронов, погибших товарищах, плохой сон, кошмарные сновидения, раздражительность и конфликтность, ощущение «злости, тоски и безысходности». Доставлен в ПКБ № 1 ДЗМ.

За время наблюдения в стационаре не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой симптоматики, кататонии, расстройств мышления, когнитивных нарушений. Идеаторной и

двигательной заторможенности нет. В беседах и общении с персоналом и врачами часто демонстративен, без дистанции, претенциозен, попусту дерзит. Выражены колебания аффекта, повышенная возбудимость, оппозиционный настрой и враждебность. По мере беседы заметно усиление недовольства и злости, но хорошо чувствует реакции врача и сдерживается. Сообщает о кошмарах военной тематики, непроизвольных воспоминаниях о гибели товарищей, избегание воспоминаний, раздражительность. Высказывает недовольство командованием, всему, что происходит на фронте, дает эмоционально окрашенные негативные характеристики. В общении с презрением отзывается о молодых мужчинах, которые не участвовали в боевых действиях. Признает у себя появление настороженности, недоверия и беспричинной враждебности. При расспросе сообщает о внутренней напряженности, переживании безнадежности, ожидания гибели, «отстраненности» от других людей и раздражения при малейшем несоответствии ситуации его желаниям и ожиданиям. Однако при рассказе о боевых действиях и своих переживаниях отсутствуют выраженные внешние эмоциональные и вегетативные составляющие, тогда как поведенческие реакции на ограничение выражены.

Получал лечение: флувоксамин, тиаприд, карбамазепин, хлорпромазин.

На фоне терапии сгладились проявления эмоциональной неустойчивости, выровнялось настроение, восстановился сон, исчезли признаки тревоги. Пациент отмечает значительное улучшение: перестал злиться и конфликтовать, уменьшилась тревога. Не скрывает негативного отношения к продолжению службы.

Экспериментально-психологическое исследование: на первый план выходит симптомокомплекс посттравматического стрессового расстройства (повышенное состояние бдительности и внутренней напряженности, нарушение сна, присутствии навязчивых образов военных действий, избегание травмирующих воспоминаний, повышенной раздражительности). Эмоционально-личностная сфера пациента представлена депрессивными и демонстративными чертами личности. Нарушений мышления, концентрации внимания и памяти не выявлено. На момент обследования наличие суицидальных мыслей отрицает.

Неврологический статус. Следов травмы головы не выявлено. ЧМН: глазные щели равные, зрачки равные, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме, диплопии и нистагма нет. Лицо симметричное. Глотание не нарушено. Слух сохранен. Язык по средней линии. Речь не нарушена. Двигательная сфера : парезов нет. Сухожильные рефлексy с рук и ног D=S живые, равные. Походка не изменена. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечный тонус в норме. Патологические рефлексy отсутствуют. Чувствительные расстройства не выявляются. В позе Ромберга легкое пошатывание, координаторные пробы выполняет удовлетворительно с обеих сторон. Тремор век. Менингеальные знаки не

выявляются. Вегетативно-трофическая сфера: дистальный гипергидроз. Функции тазовых органов контролирует.

Инструментальные исследования. ЭЭГ: умеренные изменения биоэлектрической активности с признаками дисфункции базальных структур головного мозга. Межполушарной асимметрии, четких очаговых знаков и пароксизмальной активности не зарегистрировано. КТ головного мозга: данных за очаговые изменения в ткани головного мозга не получено. На уровне исследования без костно-травматических изменений. Умеренное расширение наружных ликворных пространств лобных долей.

Обсуждение случая. У участника боевых действий, в анамнезе которого прослеживаются признаки акцентуации истеро-возбудимого типа, не препятствовавшей социальной адаптации, на фоне длительного тяжелого боевого стресса возникли и в период отпуска и отдаления от стресс-факторов отчетливо проявились симптомы интрузии, избегания и гиперреактивности, наряду с которыми отмечаются преобладающие в клинической картине эмоциональные нарушения (гипотимия и повышенная возбудимость), а также признаки изменений личности смешанного дефензивно-эпилептоидного и демонстративного типа.

Клинический пример 3.7.

Сержант А., 42 лет, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ № 1 ДЗМ в течение 36 дней с диагнозом «Органическое расстройство личности в связи с травмой головного мозга с умеренным снижением памяти, эмоционально-волевой неустойчивостью и стойкими и выраженными диссоциативными (конверсионными) чувствительными и двигательными нарушениями (F06.59)».

Все анамнестические сведения получены со слов пациента и его матери. Данных о патологии развития в детском, подростковом и юношеском возрасте не получено. Проходил службу по призыву, демобилизован на общих основаниях. Со слов, проблемы со здоровьем стали отмечаться с 25-летнего возраста, когда был госпитализирован, и во время стационарного лечения выполнялась спинномозговая пункция, но при этом пациент не может сообщить причин и других обстоятельств лечения. Сообщает, что девять лет назад в течение трех месяцев он принимал участие в боевых действиях, где перенес контузию с потерей сознания и временной утратой слуха, и три дня получал лечение в госпитале, а в последующем отмечал нарушения сна, повторные воспоминания о военных действиях и кошмарные сновидения. В том же году после возвращения из района боевых действий и на фоне развода, который произошел по инициативе жены, внезапно развился приступ с ощущением, что его «парализовало, все внутри онемело», «с ощущением кома в горле, затруднением дыхания». Пять лет назад стали отмечаться нарушения движений (онемение и слабость конечностей), в

связи с чем проходил амбулаторное и стационарное лечение в госпиталях ветеранов войн по поводу нарушений чувствительности и движений в ногах и руках, а также тревогой, симптомами повторного переживания боевого стресса. По той причине, якобы, оформлена 3 группа инвалидности, но документов не представлено.

В течение двух месяцев находился в зоне вооруженного конфликта, не принимая непосредственного участия в боевых действиях. В связи повторными жалобами на нарушение походки, онемение и жжение в ногах и руках, тревогу, нарушение сна, затруднение дыхания был эвакуирован в полевой военный госпиталь, откуда выписан в пункт постоянной дислокации воинской части для направления на обследование и лечение в госпиталь центрального подчинения. В период пребывания в части проходил лечение в городской многопрофильной больнице, амбулаторно в ПНД. После суицидальных угроз был направлен на стационарное лечение в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ.

В психиатрическом стационаре постоянно предъявляет жалобы на слабость, общее недомогание, головную боль, головокружение, тревогу, страх, снижение настроения, пессимизм, мысли о смерти, утрату аппетита, снижение веса тела. Лишь после прямых вопросов врача сообщает об ослаблении мышц рук и ног, разнообразных неприятных ощущениях и утрате чувствительности в кистях рук и стопах, неустойчивости при ходьбе и нарушении равновесия. В период наблюдения не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой, кататонической симптоматики, дезорганизованной поведения и речи, идеаторной и двигательной заторможенности. Выражены проявления эмоциональной неустойчивости – раздражительность, застойный характер аффекта, капризность, конфликтность в общении с другими пациентами и в требованиях особого отношения к себе. Демонстрирует и подчеркивает легкие дисмнестические нарушения. Отвечает на вопросы обстоятельно, со множеством несущественных подробностей, не выделяя значимой информации. Обращает внимание, что области анестезии вариативные, легко смещаются, не соответствуют зонам периферической иннервации – границы их произвольные и захватывают запястье («короткие перчатки») и нижнюю треть голени («носки»), несмотря на анестезию рук пациент никогда не получал травм и ожогов, не нарушены тонкие движения пальцами, отсутствуют патологические рефлексы. Астазия-абазия сочетается с балансирующей походкой с легкой присядкой, при которой больной в действительности не падает, самостоятельно легко поднимается со стула, свободно ходит при отсутствии внимания со стороны врачей и медперсонала, оказывается способным стать в позу Ромберга и сохранять равновесие, выполнить поворот кругом. Двигательные и чувствительные нарушения на врачебном осмотре предъявляются экспрессивно, драматично, отчетливо усиливаются во время наблюдения персоналом, но

значительно уменьшаются при отсутствии интереса со стороны окружающих, при этом отмечается неплохая адаптация в отделении и отсутствие заметных переживаний своей несостоятельности или трудностей в повседневном поведении.

Получал лечение: дулоксетин, хлорпромазин, кветиапин, вальпроевая кислота, мексидол, гопантенная кислота.

На фоне терапии сгладились проявления эмоциональной неустойчивости, выровнялось настроение, восстановился сон, исчезли признаки тревоги. Наблюдаемые нарушения движения и равновесия значительно уменьшились, перестал опираться на трость, но жалобы сохраняются и усиливаются по мере ожидаемой выписки. Не скрывает негативного отношения к продолжению службы.

Неврологический статус. Следов травмы головы не выявлено. Глазные щели и зрачки равные, фотореакции живые, движения глазных яблок в полном объеме, диплопии и нистагма нет. Лицо симметричное, язык по средней линии. Глотание не нарушено. Речь не нарушена. Симптомов орального автоматизма нет. Сухожильные рефлексы с рук и ног D=S оживлены, равные. Патологические рефлексы отсутствуют. Походка с подгибанием коленей. Демонстрируется отсутствие тонуса мышц нижних конечностей, больше слева, при этом отчетливый симптом Хувера. Выражена гипестезия по типу высоких носков. В вертикальном положении и в позе Ромберга неустойчив, широкое шатание с участием всего тела и плечевого пояса, шаткость уменьшается при отвлечении внимания. Менингеальные знаки не выявляются. Вегетативно-трофическая сфера: дистальный гипергидроз. Функции тазовых органов контролирует.

Инструментальные исследования. ЭЭГ: Неспецифические изменения биоэлектрической активности, вероятно, резидуально-органического генеза. За время записи эпилептиформной и очаговой активности не зарегистрировано. КТ головного мозга: данных за очаговые изменения в ткани головного мозга не получено. На уровне исследования без костно-травматических изменений. Умеренное расширение наружных ликворных пространств лобных долей.

Обсуждение случая. У пациента, много лет назад перенесшего минно-взрывные травмы (контузии) головного мозга, в течение примерно 8 лет прослеживаются изменения личности драматического типа, умеренные когнитивные нарушения, а также полиморфные стойкие и выраженные чувствительно-двигательные конверсионные нарушения, в том числе припадки, астазия-абазия, параплегия, анестезия и парестезии, а также разнообразные жалобы невротического регистра по типу синдрома Брика («полисимптомной истерии»).

Клинический пример 3.8.

Ефрейтор И., 21 год, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ с течение трех дней с диагнозом «Диссоциативное психотическое расстройство со смешанными нарушениями по типу ступора и синдрома Ганзера (F44.8)».

Пациент имеет наследственную отягощенность алкоголизмом у матери, воспитывался бабушкой с участием отца, который навещал его. Признаков расстройства личности, отставания в физическом и психической развитии, других психических расстройств не прослеживается. Ранее никогда не обращался к психиатрам. Хорошо учился, занимался спортом, имеет высший спортивный разряд.

В течение шести месяцев проходил службу в зоне вооруженного конфликта. Со слов больного, принимал участия в патрулировании, охране объектов, непосредственного участия в бою ни разу не принимал. Однако испытывал тревогу, ухудшение сна, пониженное настроение. Отмечал снижение веса на 10 кг. Во время отпуска несколько раз, якобы, «предпринимал суицидальные попытки» - наносил поверхностные порезы в области левого плеча, предплечья и на правой кисти. После того, как выпил 24 таблетки пенталгина и 25 мл корвалола, был госпитализирован в отделение реанимации городской больницы, где заявил о намерении завершить суицид, в связи с чем переводился в психосоматическое отделение, где отмечался мутизм и ступор. В течение двух дней получал лечение антипсихотиками. С диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство» был переведен в психиатрическую больницу.

В период пребывания в стационаре не выявлено галлюцинаторной или бредовой симптоматики. Приглашен из коридора, где вел себя спокойно, сидел и отвечал на вопросы медсестры. После приглашения становится напряжен, замедленно встает с места, направляется в ординаторскую медленной шаркающей, неустойчивой походкой. В помещение проходит при помощи медперсонала, сгорбленным, закрыв лицо руками, сжатыми в кулаки, смотрит в пол, форсировано дышит. Садится на предложенный стул, и сразу же пересаживается, повернувшись к стене, садится в пол-оборота к врачам, изредка бросая в их сторону испуганные взгляды исподлобья. В дальнейшем сидит сгорбившись, закрывая лицо и корпус кулаками, периодически начинает потряхивать рукой или ногой. Иногда зажмуривается. Вместо ответа на вопросы мычит, меняя интонации на утвердительные или отрицательные. Жестами дает понять, что боится разговаривать в присутствии нескольких человек, так как «все смотрят». При разговоре наедине с лечащим врачом дает односложные ответы скандированной речью с утрированно детскими интонациями, но по существу. С карикатурно плаксивой гримасой, опустив углы рта и приподняв внутренние края бровей, говорит, что ему «страшно», «хочу умереть». Отвечает, что наносил себе порезы, потому что хотел почувствовать «физическую боль», предпринимал попытки суицида так как «устал» от «душевной боли» и «тревоги в

голове». Совершает нелепые ошибки при сообщении длительности своего пребывания в отделении, неверно называет дату, при том что до этого сообщал точные сроки лечения в городской больнице. Сообщает, что, якобы, находится в отпуске до июня. Отмечается гиперемия кожных покровов лица и шеи. Быстро освоился в отделении – сориентировался в обстановке, соблюдает режим, отвечает на обращения, поведение упорядоченное.

Во время комиссионного осмотра предъявляет жалобы на страх, плохой сон, при этом сначала речь скандированная и тихая, позже все более отчетливо звучат детские интонации. Все время осмотра сидит в застывшей позе, съежившись, низко опустив и втянув в плечи голову, пряча глаза, сжав кисти рук и согнув в локтях руки с заметным напряжением мышц, закрывая руками лица наподобие стойки боксера. Отказывается поднять голову и посмотреть на врача, заявляя, что ему «страшно». При попытке повернуть больного резко выражено напряжение мышц с сопротивлением. На вопрос о продолжении службы ответил, что поедет в свою часть. Вместе с тем, когда больному сообщили, что он переводится в госпиталь, оставаясь в застывшей позе, стал громко с детскими ноюще-капризными интонациями молить оставить его в отделении – «дядя, оставьте меня», «здесь все люди хорошие». Медленно, по-детски, ладонями и пальцами рук, размазывает слезы. При попытке провести неврологический осмотр пациент внезапно забивается в угол, сидя под умывальником, жалостливо причитает: «боюсь-боюсь». Выражено сопротивление при попытке произвести пассивное разгибание рук в локтях и лучезапястных сочленениях. Однако после слов, что больше его трогать не будут, и на предложение идти в палату, встает и направляется к двери.

Получал лечение: хлорпромазин внутривенно.

По запросу из военного ведомства, где пациент проходил службу, переведен в госпиталь.

Обсуждение случая. У пациента в анамнезе не имевшего признаков расстройства личности, в период участия в боевых действиях развилась тревожно-депрессивная реакция боевого стресса, а во время отпуска в ожидании возвращения в зону боевых действий отмечалось нарастание дизадаптации с истеро-невротическими реакциями, которые уже в лечебных учреждениях приняли характер диссоциативного субступора с тенденцией к трансформации в ганзеровский психоз с преобладанием в данный момент картины пуэрилизма.

Клинический пример 3.9.

Сержант Г., 42 года, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 29 дней с диагнозом «Стойкое и выраженное расстройство личности и поведения в связи со смешанными

заболеваниями (последствиями повторных черепно-мозговых травм и возникших в раннем детстве проявлений органического поражения головного мозга) (F07.88)».

В анамнезе с раннего детства прослеживается повышенная возбудимость, в связи с чем наблюдался детским психоневрологом. В детском и подростковом возрасте отмечалась слабая концентрация внимания, низкая переносимость умственных нагрузок, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость. В подростковом возрасте на фоне психотравмирующей ситуации (расставание с девушкой, конфликты с матерью и сверстниками) пытался отравиться транквилизаторами, в последующем объяснял намерение лишить себя жизни тем, что «было тяжело на душе» и не видел выхода из ситуации. В связи с этим лечился в психиатрической больнице с диагнозом «Остаточные явления раннего органического поражения ЦНС с неврозоподобной симптоматикой». В 19-летнем возрасте проводилось обследование по направлению РВК, в результате которого установлен диагноз «Остаточные явления раннего органического поражения головного мозга неясной этиологии с выраженным церебрастеническим синдромом и эмоционально-волевой неустойчивостью», и был освидетельствован ВВК, решением которой был признан негодным к военной службе в мирное время. В последующем удовлетворительно адаптировался, окончил престижный вуз, хорошо справлялся с работой. После окончания вуза проходил обследование в психиатрической больнице для контрольного освидетельствования с целью снятия психиатрического диагноза и изменения категории годности к военной службе. В результате обследования был установлен диагноз: «Акцентуированные личностные черты». Продолжал работать по специальности. Около десяти лет назад в автоаварии получил черепно-мозговую травму с потерей сознания и последующим непродолжительным периодом дезориентировки, находился на стационарном лечении. В дальнейшем иногда беспокоили головная боль, плохая переносимость духоты. Женат, есть дочь, несмотря на вспыльчивость пациента, отношения в семье хорошие.

В течение шести месяцев принимал участие в боевых действиях. При обстреле получил минно-взрывную травму (контузию) и осколочное ранение. Во время лечения в госпитале и потом в отпуске дома у пациента отмечались повторяющиеся воспоминания и тягостные представления травмирующих событий, беспокоила почти постоянная тревога, на фоне которой отмечались приступы страха. Усилилась и без того свойственная ему раздражительность. Вспышки гнева возникали в связи с несогласием в суждениях с другими людьми, при упоминании боевой обстановки, когда вспоминал про, как ему казалось, неверные действия командования, про несправедливость и прошлые обиды, а также когда надо было чего-то ждать или терпеливо решать какие-нибудь проблемы. Во время вспышек гнева с трудом сдерживал себя, чтобы не кинуться в драку. Стал избегать военной темы в разговорах, в просмотрах ТВ и

чении. Во время острого приступа страха, который сопровождался чувством нехватки воздуха, сильным сердцебиением, ощущением перебоев в работе сердца вызывал СМП и лечился в городской больнице с подозрением на острый коронарный синдром, после исключения соматической патологии направлен в ПКБ №1 ДЗМ.

За время лечения в психиатрическом стационаре не выявлено признаков галлюцинаторной или бредовой симптоматики, дезорганизованного поведения или кататонии, выраженных мнестических нарушений. При поступлении настроение пониженное, угрюмо-злобное. Проявляет недовольство режимом отделения, условиями размещения, расспросами врачей. Вмешивался со своими советами и комментариями в работу сотрудников отделения. С переоценкой своих медицинских знаний и опыта оказания помощи в боевой обстановке публично высказывал комментарии, раздавал советы и выдвигал требования. Несмотря на разъяснения и индивидуальные беседы оставался нетерпимым, склонен провоцировать конфликты с медперсоналом. Первые дни часто жаловался на головную боль и тревогу, затруднение засыпания и частые пробуждения из-за кошмаров. Сообщал о повторяющихся ярких воспоминаниях о боевых действиях, которые сопровождались усилением тревоги, появлением учащенного дыхания и ЧСС. Говорил, что не может отвлечься от увиденного на войне и больших потерь в его подразделении.

Получал лечение: флувоксамин, вальпроевая кислота, диазепам, хлорпромазин, гопантенная кислота, винпоцетин.

На фоне лечения улучшилось настроение, уменьшились проявления дисфории, восстановился сон. Стал легче переносить тягостные воспоминания. Сохраняется аффективная неустойчивость с раздражительностью, но вспышки гнева и злости стали возникать реже, и пациент справляется с ними. Отмечает уменьшение головной боли, но беспокоит быстрая утомляемость и ухудшение умственной работоспособности, плохая переносимость духоты и изменений погоды. Мышление обстоятельное, слабо переключаемое, ригидное, суждения категоричные, односторонние. Свое поведение не считает неправильным, доказывает свою правоту по каждому поводу и случаю, когда провоцировал конфликт, находит оправдания своей несдержанности.

Неврологический статус. Лицо симметричное, глазные щели и зрачки равные. Косоглазия нет. Корнеальные и конъюнктивальные рефлексы сохранены. Фотореакции (прямые, содружественные) сохранены. Нистагма нет. Диплопии нет. Конвергенция достаточная. Мимические пробы выполняет. Язык по средней линии. Глоточный рефлекс живой. Фокация в норме. Глотание сохранено. Точки выхода тройничного нерва безболезненные. Речь не нарушена. Парезов не выявлено. Пассивные движения не ограничены. Сухожильные рефлексы

равные, средней живости. Походка не изменена. Симптомов орального автоматизма нет. Мышечный тонус в норме. Патологические рефлексы отсутствуют. Чувствительных расстройств нет. Координация не нарушена. В позе Ромберга негрубая статическая атаксия. Менингеальных знаков нет.

Инструментальные исследования. МРТ головного мозга: МР-картина единичных очагов глиоза в белом веществе левой лобной доли головного мозга (более вероятно, резидуальные очаги сосудистого или постгипоксического генеза); нерезкого расширение субарахноидальных ликворных пространств больших полушарий головного мозга в лобно-теменных областях и мозжечка (начальные атрофические изменения). ЭЭГ: диффузные изменения биоэлектрической активности мозга, возможно, резидуально-органического характера, указывающие на дисфункцию неспецифических структур ствола. Очаговая, эпилептиформная, пароксизмальная активность не регистрируется.

Обсуждение случая. У пациента с имевшимися с детства признаками органического поражения головного мозга, после перенесенной до войны черепно-мозговой травмы и полученной в боевой обстановке контузии имеются выраженные проявления аффективной неустойчивости (эксплозивности), церебрастеническая симптоматика, дисфория, инертность мышления и легкое когнитивное снижение, а также связанные с боевым стрессом симптомы интрузии, избегания, ожидания опасности.

Клинический пример 3.10.

Сержант А., 46 лет, находился на лечении в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ в течение 53 дней с диагнозом «Органическое расстройство личности эпилептоидного типа в связи со смешанными заболеваниями головного мозга (сосудистым заболеванием и повторными травмами головного мозга) (F07.08)».

В анамнезе наследственной отягощенности психическими расстройствами, нейроинфекций и травм головного мозга, обращений за психиатрической помощью нет. Служил срочную службу, демобилизовался на общих основаниях. Окончил ПТУ по рабочей специальности, по которой работал все время до мобилизации. Женат, от брака сын.

В течение четырех месяцев в составе мотострелкового полка участвовал в боевых действиях. Получил осколочное сквозное ранение правого плеча, проходил лечение в филиале одного из центральных военных госпиталей. После проведенного курса лечения, окончания лечебного отпуска, продолжал участие в боевых действиях. Многократно попадал под обстрел противника, в связи с чем, с его слов, несколько раз получал попадания осколков в каску, легкие контузии. Находился в постоянном сильнейшем напряжении. Получил контузию с

потерей сознания, последующим эпизодом «оглушения», когда «ничего не слышал, плохо соображал и не слушались ноги», какое-то время не мог двигаться из-за нарушения координации, потом «было головокружение и однократная рвота». Придя в себя, оказывал помощь раненым. Сам медицинской помощи не получил, так как «все остальные были 300». Во время очередного отпуска продолжала беспокоить и усилилась тревога, пониженное настроение. Часто возникали мысли и образные представления напряженных и опасных ситуаций боевых действий. В общении с женой стал раздражительным, иногда злобным. Проявлял нетерпеливость, упрямство и нетерпимость к мнению близких. Настаивал на своей точке зрения, требовал соглашаться с ним. По незначительным поводам начинал кричать, обидно бранился, чего никогда не позволял себе раньше. Долго не мог успокоиться и потом «припоминал обиды», долго переживал их и иногда вновь провоцировал ссоры. Жаловался на ухудшение памяти. Беспокоила головная боль и неприятный звон в ушах, в связи с чем лечился в неврологическом отделении городской больницы. В отпуске, во время прогулки с женой вечером в темноте прохожие показались солдатами противника, «послышалось жужжание коптера». Возник страх с возбуждением: пытался спрятаться в сугробе, увлек жену за собой, потом бросился в сторону подъезда, но остановлен женой, которая привела его домой и вызвала СМП, осмотрен психиатром и госпитализирован в ГБУЗ ПКБ 1 ДЗМ.

В период пребывания в стационаре не выявлено признаков галлюцинаторной, бредовой симптоматики, дезорганизованного поведения и кататонии. Первые дни в отделении настроение сниженное, ближе к дисфоричному, выражение лица мрачное, на вопросы отвечал односложно, с раздражением. Со слезами жаловался, что у него «что-то с головой случилось». Рассказал, что без видимой причины, во время спокойного разговора отвлекся на свои мысли, и вдруг показалось, что слышит звук дрона и тут же в прохожем опознал врага. Возник «дикий ужас», стал кричать жене – прятаться, в страхе побежал укрываться, «хотел в подвале скрыться». Говорит, что ему стыдно перед женой и другими людьми, которые все это видели.

Получал лечение: диазепам внутримышечно, сертралин, хлорпромазин, карбамазепин, мексидол, гопантеновая кислота.

На фоне лечения настроение улучшилось, стал более контактным. Обращает внимание медлительность и обстоятельность ответов на вопросы. Сообщает, что его беспокоят тягостные переживания пережитого на войне, кратко описывает характерные явления повторного переживания психической травмы – кошмарные сновидения с темой смерти и гибели на войне, произвольные или вызванные внешними обстоятельствами образные воспоминания – сцены последствий обстрелов, погибших людей. До начала лечения почти постоянно испытывал страх, недоверие и опасения перед людьми, ненависть и презрение в отношении «здоровых

парней», которые «здесь красуются»: «Посмотрел бы я на них там, за лентой». Отмечает, что эти переживания уменьшились, стал спокойнее. При более подробном расспросе заметно раздражение, с плохо скрываемой злобой говорит, что вспоминать тяжело, и он «хочет все забыть». Тут же признает, что стал очень несдержанным, что «все вокруг стало бесить», едва сдерживал агрессию, говорит, что с ним «небезопасно родным». Сообщает об ухудшении памяти, но в процессе осмотра и наблюдения амнестических нарушений не обнаруживается. Употребление ПАВ и алкоголя отрицает («я боюсь пить, я не знаю, что потом со мной будет»). При расспросах о планах на будущее, несколько раздраженно говорит, что собственных планов у него нет, за него решает командование. Осознает наличие психических нарушений. Отрицает наличие суицидальных мыслей.

Экспериментально-психологическое исследование. Выявлены истощаемость психических процессов, снижение концентрации внимания, снижение непосредственного и опосредованного запоминания и их продуктивности, в суждениях опора на конкретно-ситуационные признаки, повышенный уровень степени выраженности симптомов ПТСР, повышенный уровень интенсивности боевого опыта у личности с защитным механизмом по типу «избегание», выраженное влияние перенесенного психотравмирующего события, реактивная депрессия, застревание на негативных переживаниях, механизм по типу «бегства в болезнь».

Инструментальные исследования. КТ головного мозга: атрофические изменения лобных и височных отделов, признаки энцефалопатии. УЗИ брахиоцефальных артерий: признаки атеросклероза внечерепных отделов брахиоцефальных артерий, в области устья внутренней сонной артерии визуализируется гомогенная умеренной эхоплотности атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет сосуда на 25-30%. ЭЭГ: Диффузные изменения ЭЭГ с признаками дисфункции базальных структур головного мозга. Межполушарной асимметрии, четких очаговых знаков и пароксизмальной активности не зарегистрировано

Обсуждение случая. У пациента, имеющего признаки атеросклероза сосудов головного мозга, энцефалопатии, атрофические изменения лобных и височных отделов головного мозга, перенесшего тяжелый боевой стресс, получавшего повторные легкие контузии и недавно контузию с потерей сознания, имеется астеническая симптоматика, эмоционально-волевые нарушения и выраженные изменения личности по эпилептоидному типу. В данном случае выраженная аффективная неустойчивость и изменения личности эпилептоидного типа имеют смешанный механизм развития – они возникли на органически неполноценной почве, после повторных контузий, одна из которых подтверждена документами, и при этом сочетаются с выраженными симптомами ПТСР, то есть могут быть проявлением психогенно обусловленной гиперреактивности.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 4.

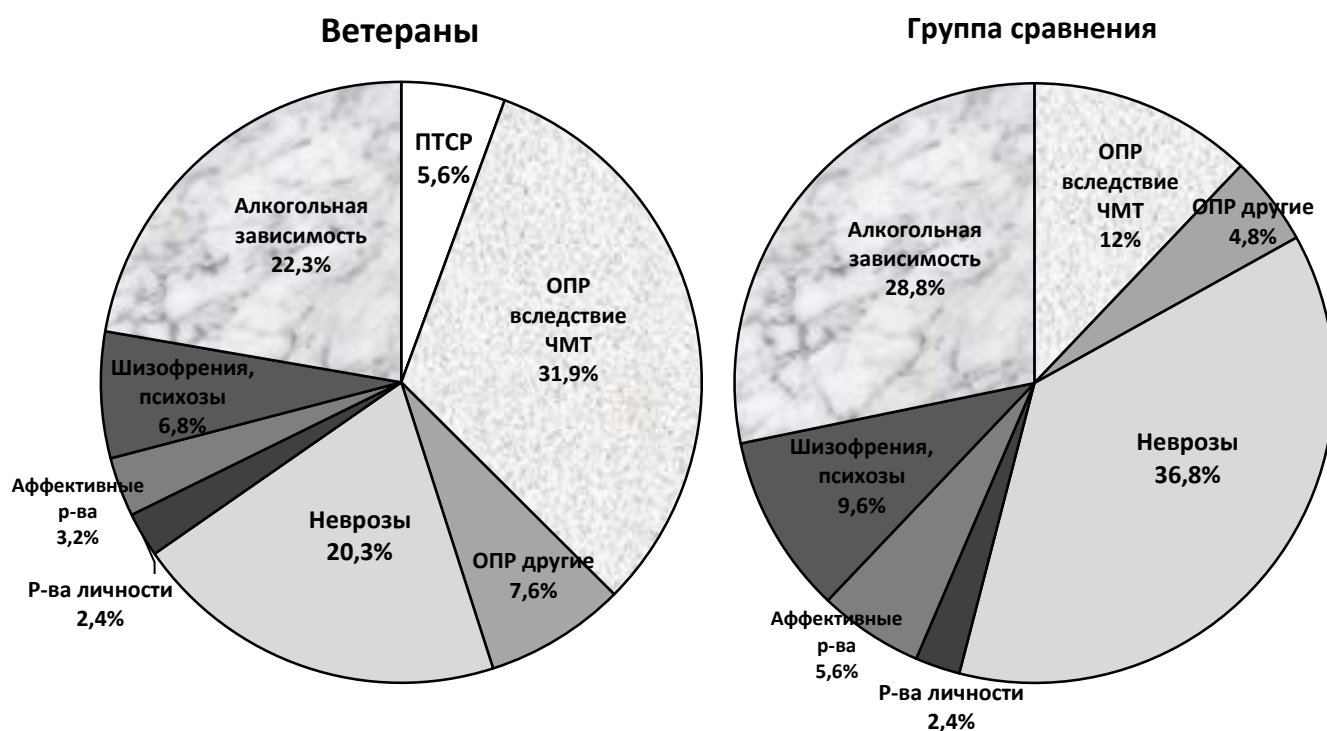


Рисунок 4.1. Диагностированные психические расстройства в выборках ветеранов боевых действий и у военнослужащих, не имеющих боевого опыта (в группе сравнения)

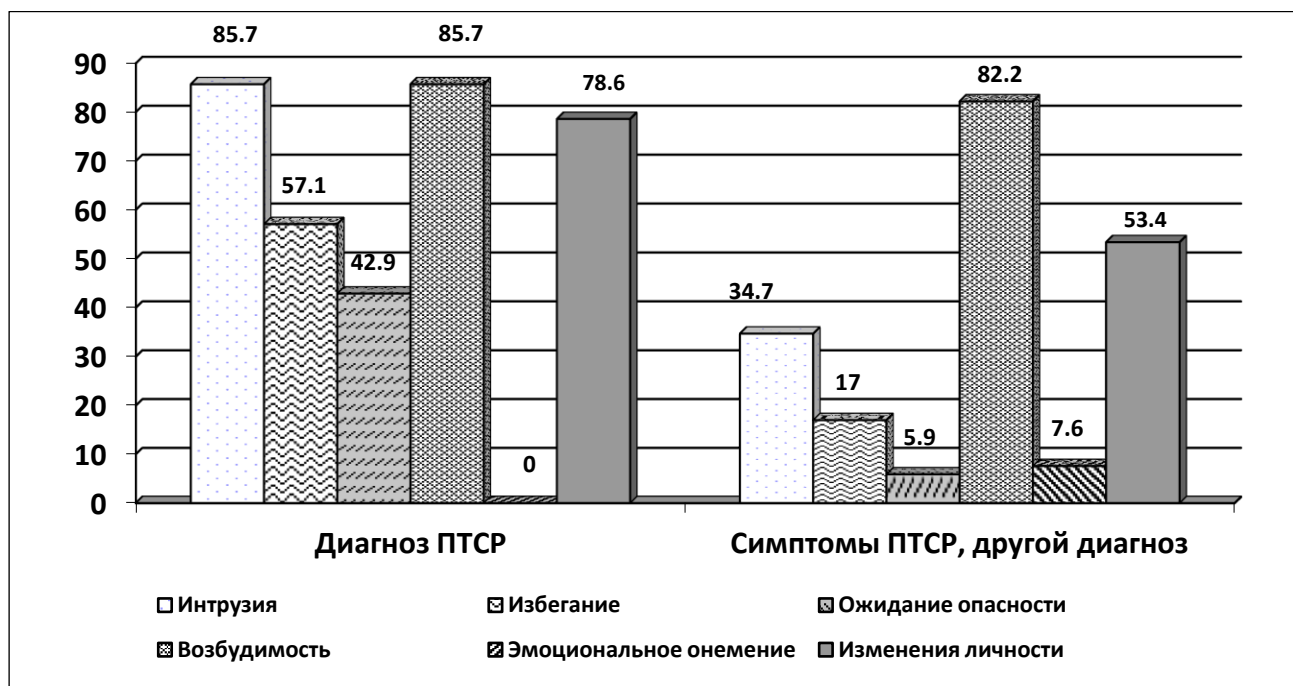


Рисунок 4.2.1. Симптомы диагностических кластеров у ветеранов с диагнозом ПТСР и ветеранов с симптомами ПТСР и установленными другими диагнозами

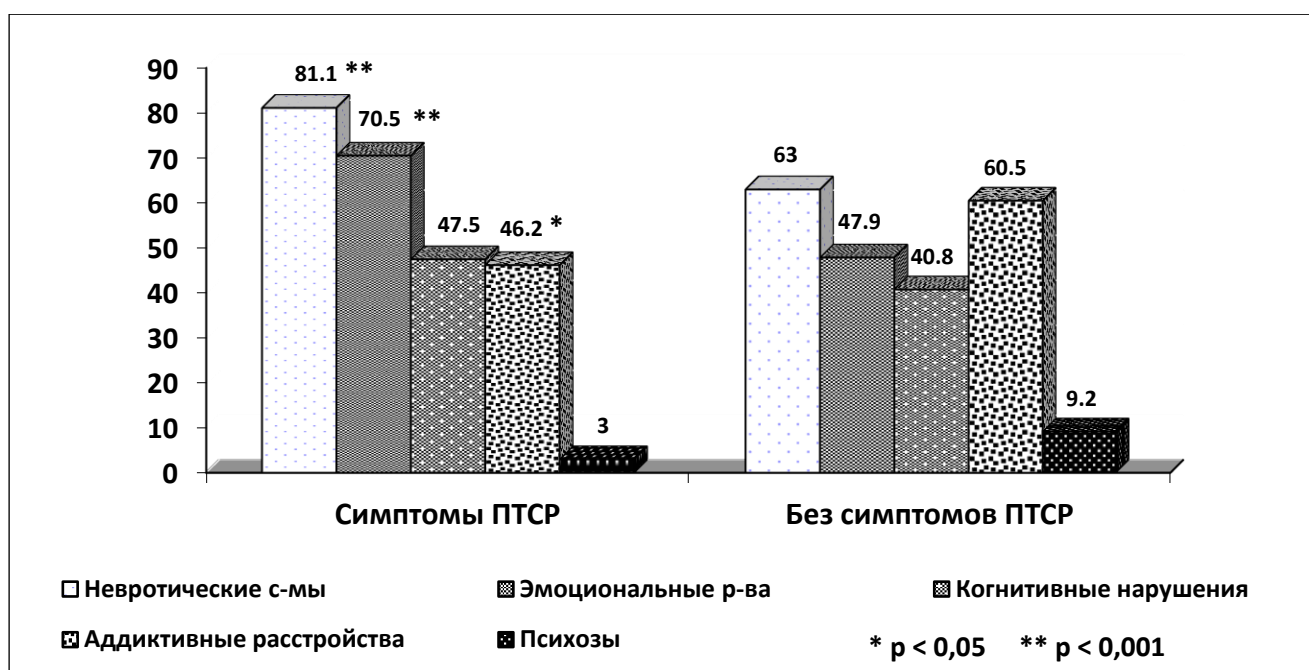


Рисунок 4.3. Частота коморбидных психических нарушений разных регистров у ветеранов, имеющих симптомы ПТСР, и ветеранов без симптомов ПТСР

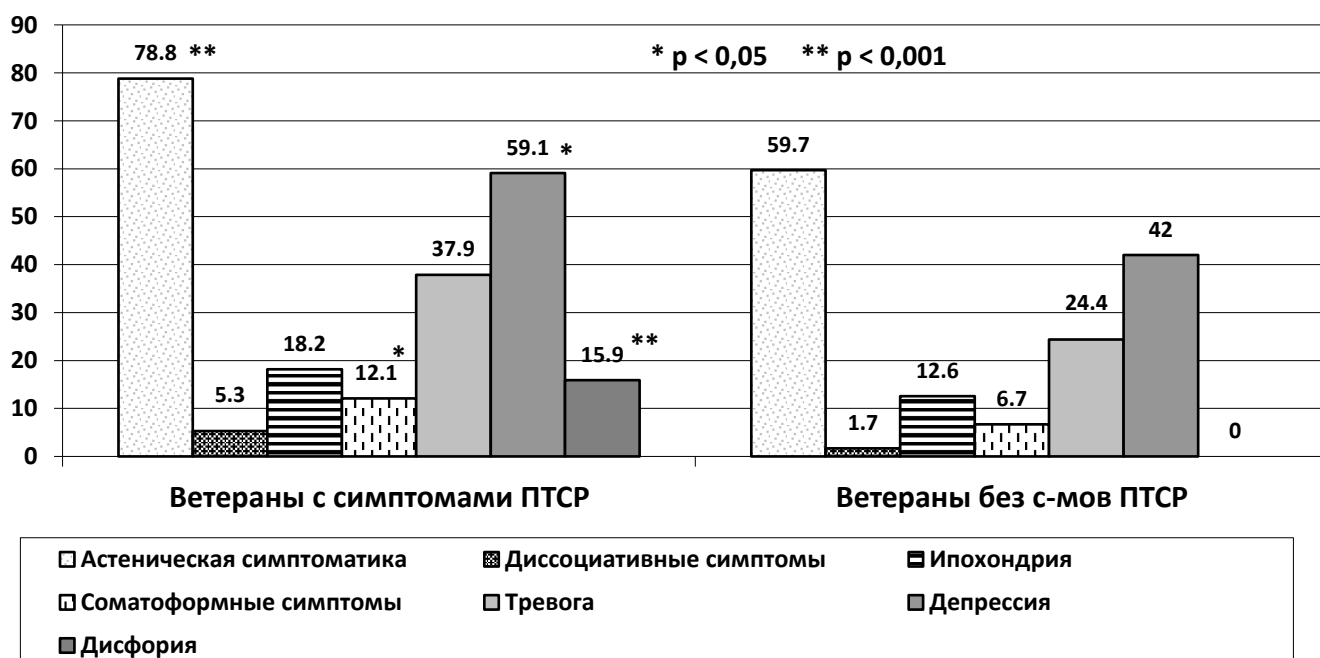


Рисунок 4.4. Частота коморбидной симптоматики невротического и аффективного регистров у ветеранов с разной представленностью симптомов ПТСР

	Неврогические симптомы	Астеническая с-ка	Демонстрация симптомов	Диссоциативные симптомы	Соматоформные симптомы	Эмоциональные нарушения	Тревога	Деперссия	Дисфория	Инертность мышления	Ослабление памяти	Психотические симптомы	Зависимость от алкоголя
Интрузия													
Избегание													
Ожидание опасности													
Возбудимость													
Изменения личности													

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 4.5. Сопряженность признаков ПТСР и других психопатологических симптомов

	Участие в боях	ЧМТ во время боевых действий	Ранение	Увечье	РБС на фронте	Госпитализация с ЛБС	Плен	Алкоголизация на фронте	Наследственная отягощенность	Алкоголизация до войны	ЧМТ в мирное время	Судимость	Психотравмы мирного времени
Участие в боях													
ЧМТ во время боевых действий													
Ранение													
Увечье													
РБС на фронте													
Госпитализация с ЛБС													
Плен													
Алкоголизация на фронте													
Наследственная отягощенность													
Злоупотребление алкоголем до войны													
ЧМТ в мирное время													
Судимость													
Психотравмы мирного времени													

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 4.6. Сопряженность патогенных факторов между собой

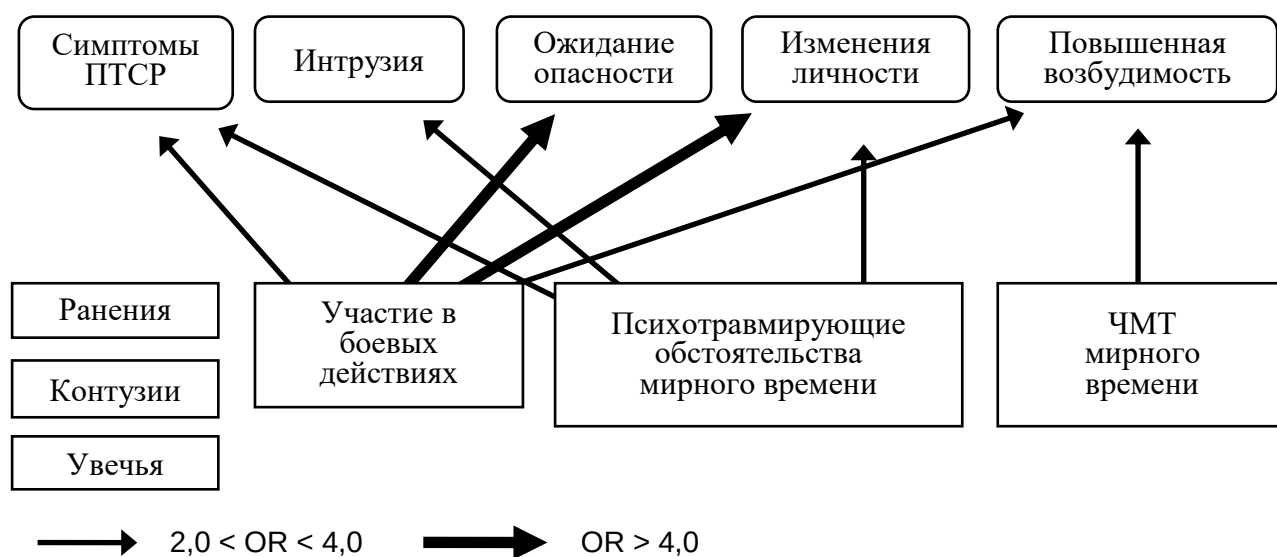


Рисунок 4.7. Анамнестические предикторы симптомов ПТСР (логистическая регрессия).

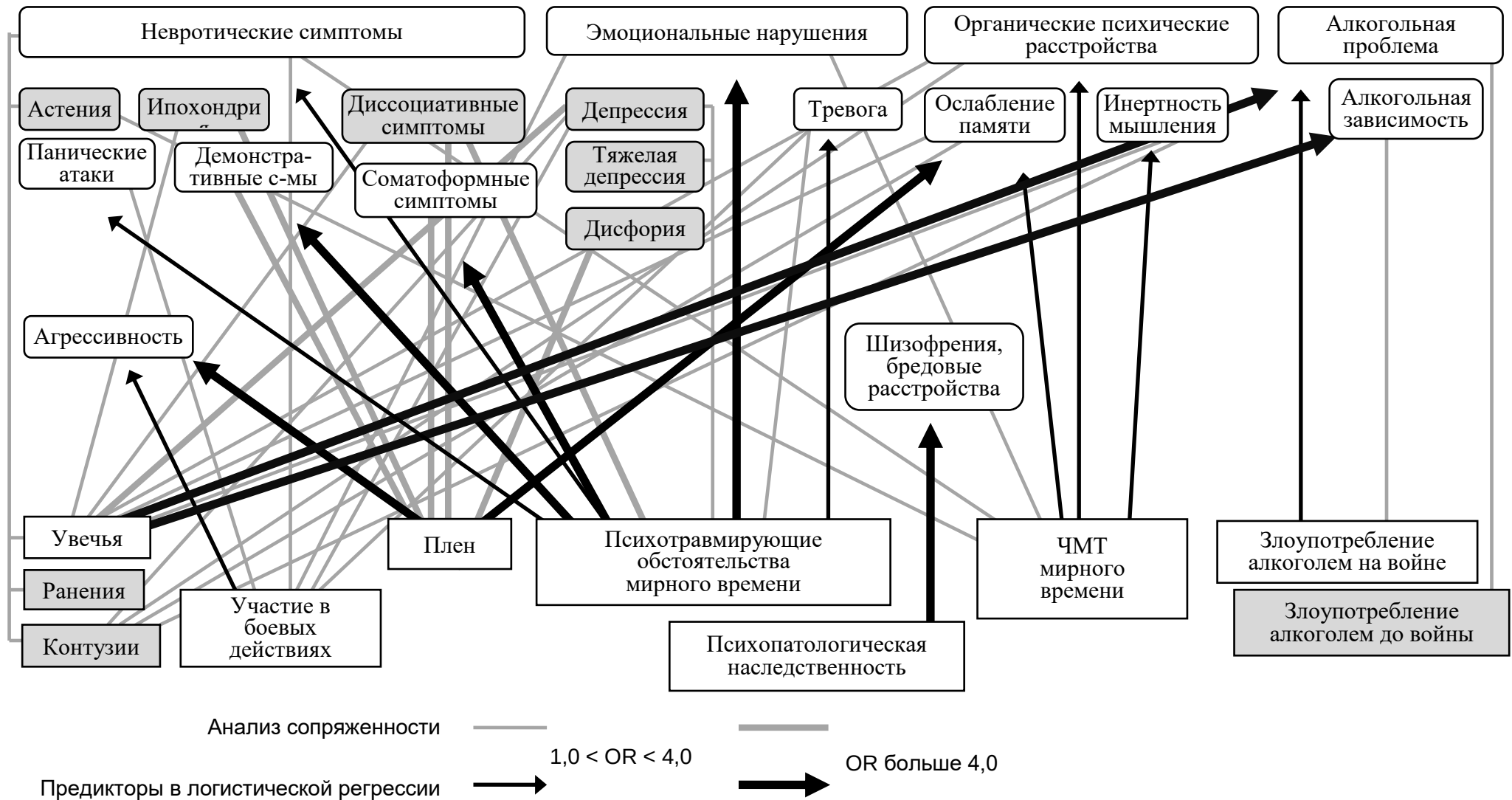


Рисунок 4.8. Анамнестические предикторы коморбидных психопатологических симптомов (анализ сопряженности и логистическая регрессия)

	Инtruзия	Избегание	Ожидание опасности	Возбудимость	Изменения личности	Астеническая с-ка	Диссоциативные с-мы	Соматоформные с-мы	Демонстративное поведение	Ипохондрия	Тревога	Депрессия	Дисфория	Инертность мышления	Ослабление памяти	Агрессивность
Инtruзия	■		■	■	■						■				■	
Избегание		■			■		■	■	■	■						
Ожидание опасности	■		■	■												
Возбудимость	■		■	■	■		■						■	■	■	■
Изменения личности	■	■		■	■				■		■			■		■
Астенические симптомы						■										
Диссоциативные с-мы		■		■			■	■	■	■			■			
Соматоформные с-мы		■					■	■	■	■	■					
Демонстративное поведение		■			■			■	■					■		
Ипохондрия		■					■	■		■			■			
Тревога	■				■			■			■					
Депрессия												■				
Дисфория				■			■			■			■			■
Инертность мышления				■	■				■					■	■	
Ослабление памяти	■			■										■	■	
Агрессивность				■	■								■			■

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 4.9. Сопряженность психопатологических симптомов у ветеранов с диагностированным органическим психическим расстройством в связи с травмой головного мозга

Клинический пример 4.1.

Подполковник Ф, 34 лет, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 23 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство в виде стойких умеренно выраженных аффективных и обсессивно-фобических нарушений».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился здоровым ребенком. Рос и развивался без особенностей. По характеру формировался общительным, целеустремленным, активным. Отличался лидерскими качествами. Занимался спортом. Успешно окончил общеобразовательную школу, военное училище. Служил в воинских частях специального назначения, всегда положительно

характеризовался. В разные годы трижды направлялся в командировки в зону проведения контртеррористической операции на Северном Кавказе. За успешное выполнение боевого задания и проявленный героизм присвоено высшее звание РФ. После возвращения из зоны КТО проходил обучение и окончил военную академию. Спустя пару месяцев после участия в боевых действиях стал отмечать у себя частое воспроизведение в памяти событий и переживаний военного времени, которые сопровождались ухудшением настроения и сильной тревогой. Во время служебных конфликтов стали возникать приступы тревоги и беспокойства, а также медленное быстрое возникновение раздражения и «несдержанность» со вспышками ярости с угрозами агрессии, после которых долго не мог успокоиться, но спустя время испытывал сожаление и чувство вины. Примерно через полгода стали особенно сильно беспокоить навязчивые воспоминания пережитых на войне травмирующих событий: смертей товарищей, своих подчиненных, собственных неудач. При этом испытывал постоянное напряжение, плохое настроение, кошмарные сновидения. Неоднократно обращался за амбулаторной медицинской помощью к психотерапевту, принимал транквилизаторы и антидепрессанты, но без существенного эффекта. При осмотре психиатром поликлиники установлен диагноз: «Посттравматическое стрессовое расстройство», назначена терапия транквилизаторами и амитриптилином. В последующем неоднократно осматривался психиатром с тем же диагнозом. Несмотря на проводимое лечение, состояние оставалось прежним. Командованием академии направлен в госпиталь на стационарное обследование и медицинское освидетельствование.

Данные объективного исследования. За время наблюдения расстройств сознания, ориентировки, обманов восприятия, бредовых идей, расстройств мышления, внимания, памяти и интеллекта не выявлено. При поступлении и в последующем подробно, с излишней детализацией говорит о смертях боевых товарищей, кровавых эпизодах войны, очевидцем которых он был. Заявляет, что, несмотря на прошедшее с тех пор время, эти воспоминания приходят к нему в кошмарных сновидениях, переживания усиливаются при встречах с сослуживцами, при просмотре фильмов о войне и новостей военной тематики, а также на фоне употребления спиртных напитков. Обеспокоен своим психическим состоянием, в связи с навязчивым характером переживаний боевого стресса, которые сопровождаются тревогой и страхом. При этом становится напряженным, подолгу не может успокоиться. Легко раздражается при изложении семейно-бытовых проблем. Заявляет об утрате мотиваций продолжению военной службы. Настроение гипотимное. Эмоционально лабилен. Понимает, что болен, ищет помощи. В неврологическом статусе без признаков очагового поражения ЦНС.

Результаты проведенных исследований. МРТ головного мозга: без патологических изменений. Результаты психологического исследования: «В эмоциональной сфере

регистрируется неустойчивость, склонность к аффективным реакциям. В стрессе легко возникает трансформация эмоциональной напряженности в функциональные физиологические нарушения и состояния эмоционального истощения. Склонность фиксировать внимание на имеющихся трудностях. При неудачах легко возникает чувство вины. Повышение ситуационной тревожности. Возможно неадекватное эмоциональное реагирование на минимальный стимул. Склонность к психовегетативным и психосоматическим реакциям. Отмечается повышение показателей по психодиагностическим шкалам ПТСР, адаптированных Тарабриной Н.В. – 80 баллов».

Проводилось лечение: феназепам, пароксетин, психотерапия.

На фоне лечения нормализовался сон, уменьшились проявления тревоги, выровнялось настроение. Отметил уменьшение частоты и эмоциональной яркости непроизвольных воспоминаний. Однако в целом имеющиеся симптомы оставались резистентными к проводимому лечению.

Освидетельствован ВВК: на основании ст. 17-б, графы III – «В» - ограниченно годен к военной службе.

Обсуждение случая. У военнослужащего по контракту, многократно и продолжительное время принимавшего участие в боевых действиях и подвергавшемуся воздействию стресс-факторов исключительной интенсивности вскоре после возвращения из зоны военных действий возникла психопатологическая симптоматика, соответствующая критериям диагностики посттравматического стрессового расстройства: симптомы повторного переживания психической травмы и повышенной реактивности. Наиболее выраженными в данном случае оказались симптомы интрузии, которые проявлялись персистирующими непроизвольными или вызванными внешними обстоятельствами воспоминаниями, и симптомы повышенной реактивности в виде эмоциональной напряженности и эксплозивности, которые возникали в ответ на конфликтные ситуации любого содержания.

Клинический пример 4.2.

Младший сержант запаса М., 26 лет, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 42 дней с диагнозом «Невротическая реакция с аффективными нарушениями с выходом (по типу посттравматического стрессового расстройства). Закрытая черепно-мозговая травма в анамнезе (1991) с пароксизмальной электроэнцефалографической активностью без нарушения функции нервной системы. Инородное тело (осколок) в левой подлопаточной области. Инородное тело в мягких тканях теменной области слева».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В развитии от сверстников не отставал. Проживает с родителями в Москве. Закончил среднюю школу. До армии занимался собственным малым бизнесом. В 1991 г., по словам больного, получил в автокатастрофе травму головы, терял сознание на 30 минут. Отмечалась головная боль и рвота. При обследовании в районной больнице были выявлены изменения на ЭЭГ, расцененные как «угроза эпилепсии» (медицинских документов не получено). ЭЭГ в последующем не проводилась, случаев потери или нарушений сознания не было. Предоставлялась отсрочка от призыва до 20-летнего возраста. При призыве в армию был признан годным к строевой службе. Службу проходил сначала в учебном центре в Новгородской области, с середины декабря 1994 года принимал участие в восстановлении конституционного порядка в Чеченской республике. Участвовал в боях в городе Грозном. Выполнял обязанности санинструктора. 13.01.1995 г. при выполнении боевого задания получил ранение и минно-взрывную травму. В момент взрыва почувствовал резкую боль в ушах и боль в левой лопаточной области, «кажется, на короткое время отключился, но вскоре сам пришел в себя». Самостоятельно дошел до медицинского пункта полка (МПП). Находился на лечении в МПП своей воинской части с диагнозом «Сотрясение головного мозга. Огнестрельное осколочное слепое ранение мягких тканей левой лопаточной области». Решением ВВК на основании ст. 12-д гр I Пр. МО № 260-87 г. нуждается в отпуске по болезни на 30 суток. Во время отпуска появилась раздражительность, часто возникали аффективные реакции в ответ на замечания матери и посторонних людей. В дальнейшем состояние немного улучшилось. После отпуска продолжил службу вне зоны боевых действий в месте постоянной дислокации его воинской части. Однако стал более чувствительным чем ранее: появилась слезливость при просмотре эмоциональных фильмов. Избегал воспоминаний о боях, однако незначительные происшествия легко напоминали о войне. Заметил, что увидев на улице мужчин, похожих на кавказцев, особенно если они вели себя развязно, становился напряженным, возникало желание вступить с ними в конфликт. Часто в ночное время перед засыпанием непроизвольно накатывали воспоминания о неприятных событиях на войне, в мыслях вставали яркие и застывшие картины боев, сцены с убитыми и изуродованными телами. «В голове что-то происходило, и от сильного волнения и переживаний как будто наяву вдруг вскакивал, руками привычно искал воображаемое оружие». И лишь секунды спустя приходил в себя сам или с помощью других, кто был рядом. Ночами беспокоили кошмарные сновидения военной тематики. Из-за них часто просыпался в страхе, не мог вспомнить, что снилось, но потом долго не мог заснуть. Временами беспокоили головные боли. Не покидало чувство, что у него ничего не получается, «все валится из рук», преследовало ощущение, что стал «неудачником», и нет

перспектив в будущем. Обратился к командиру, после осмотра врача направлен на консультацию в ГВКГ.

Данные объективного исследования. При поступлении в отделение ориентируется в месте, времени и собственной личности. Контактен. Подробно отвечает на вопросы, охотно сообщает анамнестические сведения. Когда речь заходит о подробностях боевых действий, больной ограничивается в рассказе формальными сведениями – называет, где был, где лечился. С явным нежеланием сообщает, что «зачищал дома», «стрелял, ...вытаскивал раненых». После долгой беседы, добившись расположения больного, удалось выяснить подробности службы в зоне боевых действий. В беседе на тему его военных переживаний сначала выглядит безучастным, но потом на глазах появляются слезы. Признается, что не хочет ничего вспоминать, говорит, что «все в прошлом, и нечего говорить об этом». В отделении первые две недели по любому поводу давал бурные аффективные реакции: возмущался режимом отделения, на замечания и просьбы медсестер реагировал вспышками злобы с криком и угрозами, сопровождавшимися яркими вегетативными проявлениями. В последующем признал, что не может себя сдерживать. Соглашался с доводами врача. Жаловался на кошмарные сновидения. Избегал обсуждения военной тематики, говорил, что «многое как будто забылось», а «когда говоришь об этом, внутри все закипает,... дыхание перехватывает, ничего не соображаешь, только картины боя мелькают перед глазами».

Проводилось лечение: нитразепам, карбамазепин, азафен, психотерапия.

В процессе лечения сон восстановился, исчезли неприятные сновидения. Стал спокойнее, легче контролирует свои чувства, отмечает, что «стало проще переносить обиды, но про войну вспоминать не хочется». Выровнялось настроение. Не проявляется прежних бурных аффективных реакций на замечания. Настроение ровное. Держится среди сверстников, занял явное лидирующее положение. Психотической симптоматики, антисоциальных и суицидальных тенденций нет.

В неврологическом статусе без признаков очагового поражения ЦНС. В области левой теменно-височной области имеется подковообразный рубец длиной 12 см, инородное тело в теменной области пальпаторно не определяется. В левой надлопаточной области точечный рубец.

Результаты проведенных исследований. КТ головного мозга: срединные структуры не смещены. Очагов патологической плотности вещества мозга нет. Субарахноидальное пространство больших полушарий неравномерно расширено, главным образом в нижних отделах правой теменной и в затылочных долях, в меньшей степени в лобных. Боковые желудочки асимметричные, в размерах: правый до 7 мм, левый до 9 мм в диаметре. 3-й и 4-й в

пределах возрастной нормы. Деструктивных изменений не выявлено. Турецкое седло в размерах и форме не изменено. Слева в мягких тканях теменной области – очевидное уплотнение 3 мм в диаметре, плотностью 659 едН – инородное тело. ЭЭГ: значительные признаки нарушения функции подкорковых структур головного мозга с развитием эпилептиформной активности при гипервентиляции – генерализованная пароксизмальная активность комплекса «пик+медленная волна амплитудой 200-210 мкВ». Не исключено, что очаг эпилептиформной активности локализован в левой височно-теменной области.

Обсуждение случая. У военнослужащего, проходившего службу по призыву, принимавшего участие в боевых действиях, получившего осколочное ранение и минно-взрывную травму (закрытую черепно-мозговую травму – сотрясение мозга), после эвакуации из зоны военных действий стали проявляться как церебростеническая симптоматика, так и психопатологические признаки, соответствующие критериям диагностики посттравматического стрессового расстройства: симптомы повторного переживания психической травмы, избегания и повышенной реактивности. Наиболее выраженными в данном случае оказались сочетающиеся симптомы интрузии, которые проявлялись персистирующими непроизвольными или вызванными внешними обстоятельствами воспоминаниями, и феноменом оживления стрессора с внезапным повторным его переживанием «как наяву» с совершением привычных защитных действий, а также проявления избегания травмирующих воспоминаний. Кроме того значительное место в клинической картине болезни занимали симптомы повышенной реактивности в виде эмоциональной лабильности, слабодушия и эксплозивности, которая проявлялась как в ответ на специфические внешние стимулы, так и на стимулы, не связанные с тематикой психической травмы. Менее выраженными были депрессивные и астенические симптомы.

Клинический пример 4.3.

Старшина запаса А., 31 год, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в течение 36 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство. Постконтузионный кохлеарный неврит. Последствия огнестрельного перелома таранной и пяточной костей от 01.2000 г. в виде деформирующего артроза правого подтаранного сустава 2-3 ст. с выраженным болевым синдромом».

Анамнез настоящего заболевания: Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В развитии от сверстников не отставал. Тяжелых травм, заболеваний в детстве не было. По характеру сформировался уравновешенным. После школы окончил техникум. Проходил срочную службу в ВС по призыву. Затем работал по приобретенной специальности.

В ноябре 1999 г. поступил на военную службу по контракту. С декабря 1999 года по январь 2000 года проходил службу в Чеченской республике. За проявленный героизм при выполнении боевых заданий награжден «Орденом мужества», медалью «За отвагу». В декабре 1999 г. в бою получил минно-взрывную травму – контузию головного мозга. Отмечались потеря сознания, тошнота, кровотечение из носа и ушей, снижение слуха. За медпомощью не обращался. В январе 2000 г. в бою получил огнестрельное пулевое слепое ранение области правого голеностопного сустава, огнестрельный внутрисуставной перелом верхнего края пяточной и заднего края таранной костей с частичным повреждением ахиллова сухожилия. Лечился в военных госпиталях. После продолжительного реабилитационного лечения функция конечности полностью не восстановилась. Был освидетельствован ВВК: на основании ст. 82 «б» был признан «В» - ограниченно годен к военной службе. В последующем оформлена инвалидность 3 группы. После увольнения из армии некоторое время работал по новой специальности.

Спустя год после увольнения из армии стал чаще предъявлять жалобы на частую головную боль давящего и распирающего характера в затылочной области, шум в голове, звон в ушах, мелькание мушек перед глазами, головокружение, колебания артериального давления, временами возникающую одышку, неприятные ощущения в области сердца, быструю утомляемость, слабость, рассеянность. Все время после увольнения из армии беспокоили тягостные сновидения военной тематики: иногда снился сумбур из обрывков воспоминаний и представлений военной тематики: во сне видел разные повседневные ситуации, будни военного времени, которые постепенно сменялись суетой боя и тягостными сценами боевой обстановки – снилось, что на него надвигается непонятная опасность, из окружающего пространства исходит какая-то угроза. Схожие по сюжету сновидения всегда сопровождались чувством тревоги и нарастающего страха, из-за которого пациент пробуждался. В дневное время, наяву, когда оставался в одиночестве, часто в памяти возникали мысли о войне, воспоминания о пережитом, обычно неприятного содержания, сопровождавшиеся волнением и вегетативными проявлениями. Отмечал, что после полученной травмы стал более раздражительным, вспыльчивым не только в ответ на упоминания о военных событиях, но и без серьезных провокаций со стороны других людей – на фоне переутомления, в связи с любыми неприятностями. Стал часто употреблять алкоголь, однако, после разговоров с родственниками год назад прекратил употребление спиртного. В течение последнего года перед госпитализацией не работал из-за ухудшения самочувствия. Через три года после участия в боевых действиях обратился за помощью к психиатру и был направлен на стационарное лечение.

Данные объективного исследования. Сознание ясное, правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Продуктивной психотической симптоматики нет. Контакт доступен, охотно вступает в беседу, делится своими переживаниями. Подробно сообщает анамнез. Поведение внешне правильное. Фон настроения неустойчивый, обнаруживает раздражительную слабость, легко аффектируется при расспросе, касающемся любых эмоционально значимых тем – участия в боевых действиях, взаимоотношений в семье или причин длительной незанятости. Выявляется заострение характерологических черт: признает за собой такие качества, как упрямство, категоричность в оценках людей и действительности, частое проявление нетерпимости к слабостям других людей, непримиримость в конфликтных ситуациях, обидчивость. Суждения ригидные, оценки ситуаций и других людей односторонние со склонностью к крайностям. Мышление обстоятельное, иногда затрудняется вкратце выразить свою мысль. Активное внимание истощаемое. Отмечает у себя ухудшение памяти на имена и новые сведения. Понимает, что у него имеются психические нарушения, которые требуют лечения. В период наблюдения в стационаре первые дни жаловался на прерывистый сон с неприятными сновидениями военной тематики.

Проводилось лечение: нитразепам, карбамазепин, пирацетам, церебролизин, атенолол, инозин, физиотерапия, психотерапия.

В результате лечения сон нормализовался, тягостные сновидения стали редкими, сгладились проявления аффективной неустойчивости.

Результаты проведенных исследований: ЭЭГ: Диффузные изменения выраженного ирритативного типа с преобладанием с лобно-теменных областях в форме усиления бета-частот. МРТ головного мозга: без патологии.

Обсуждение случая. У военнослужащего в отставке, проходившего службу по контракту, принимавшего участия в боевых действиях и получившего ранение и минно-взрывную травму – закрытую черепно-мозговую травму, после эвакуации из зоны военных действий и проведенного лечения по поводу ЗЧМТ сохранялись проявления церебрастенического синдрома. На фоне признаков органического астенического расстройства возникли и стойко удерживались психические нарушения, присущие ПТСР: симптомы интрузии - повторяющиеся сновидения, вызывающие страх, и персистирующие непроизвольные воспоминания, а также симптомы повышенной возбудимости.

Клинический пример 4.4.

Старший лейтенант А., 25 лет, находился на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в течение 6 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился в срок. Рос в семье военнослужащего. В развитии от сверстников не отставал. Сформировался активным, настойчивым, общительным. В детстве тяжелых травм, операций не переносил. Закончил Военный ВУЗ. После распределения проходил службу в должности следователя-криминалиста.

В январе – июне 2000 года находился в служебной командировке в Чеченской Республике. Часто выезжал на места преступлений, совершенных членами незаконных вооружённых формирований. Участвовал в следственных действиях, производившихся с останками людей, подвергавшихся пыткам и убитых с особой жестокостью. Следственная группа подвергалась нападениям боевиков, принимал участие в боях. Видел смерть сослуживцев. Постоянно недосыпал, находился в состоянии напряжения, ожидания нападения боевиков. В течение последнего месяца на фоне патогенных факторов боевой обстановки стала нарастать усталость. Отметил ухудшение концентрации внимания. Отсутствовало чувство отдыха после сна. Беспокоили головные боли. Стал более раздражительным. Испытывал внутренне напряжение, тревогу. Заметил изменение своего характера: «стал проще смотреть на жизнь и взаимоотношения с людьми».

После возвращения из командировки чувство усталости, утомляемости, внутреннее напряжение сохранялись. Родственники заметили, что пациент изменился – стал молчаливым, хмурым, погруженным в себя, не хотел ничего рассказывать о командировке, отмалчивался. В то же время отмечались внешние признаки напряженности и тревоги, усиливавшиеся при расспросах матери и отца. Ночью во сне разговаривал и выкрикивал команды. Спустя примерно полгода кошмарные сновидения, выкрики во сне, внешние признаки тревоги почти исчезли. Однако несколько раз отмечались реакции на внезапные громкие звуки – пациент вздрагивал, пригибался и приседал, резко порывался броситься куда-то в сторону, но сразу брал себя в руки. По-прежнему уклонялся от общения на тему войны, а любая случайная реплика на близкую тему вызывала у него явную злобу. В общении с близкими оставался молчаливым, незаинтересованным в общении. По совету родителей обратился с просьбой о лечении и реабилитации.

Данные объективного исследования. Контактен. Правильно ориентируется. Бреда, галлюцинаций нет. Настроение без признаков депрессии. На вопросы отвечает по существу. Речь быстрая, временами сбивчивая. Подробно сообщает анамнез жизни. В общих чертах рассказал о том, что делал в Чечне. При описании своей службы в зоне контртеррористической операции склонен высказывать полярные и категоричные оценки людей и событий. Скуп и лишь парой слов сообщает о наиболее сложных и психологически трудных заданиях и о боевых

действиях. Признается, что стремится не вспоминать, чтобы не вызывать тягостных переживаний. Отмечает у себя повышенную раздражительность, легко закипающую злость. Говорит, что избегает обсуждения болезненных тем с окружающими, чтобы не разозлиться. Объясняет, что старается «контролировать себя». Признается, что до настоящего времени сохраняется «внутренняя собранность», напряженность, «как будто, ожидание опасности». Сообщает, что родственники говорили ему, что он кричит во сне. После короткого курса лечения отмечает, что последние дни сон улучшился. Сохраняется умеренно выраженная вегетативная неустойчивость. Память без клинически очерченных нарушений. Планы неопределенные. Настроен на лечение, «а там видно будет».

Проводилось лечение: пароксетин, феназепам, психотерапия.

На фоне проводимого лечения сгладились проявления тревоги, улучшился сон. Был переведен в другой военный госпиталь для проведения курса лечения и реабилитации.

Обсуждение случая. В представленном клиническом примере у военнослужащего, проходящего на момент обследования военную службу по контракту, принимавшего участия в боевых действиях, на фоне продолжительного истощающего воздействия комплекса неблагоприятных факторов боевой обстановки развилось расстройство адаптации (реакция боевого стресса по типу невротической реакции) и, одновременно, сформировались условно адаптивные изменения личности. После возвращения из зоны военных действий стали проявляться психопатологические признаки ПТСР, преимущественно в виде стремления подавить собственные воспоминания и уклониться от ситуаций, оживляющих воспоминания о психотравмирующих событиях, а также гиперреактивность в виде повышенной раздражительности и настороженности с тревожными ожиданиями.

Клинический пример 4.5.

Прапорщик Ю., 37 лет, находился на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 56 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство с психопатоподобными нарушениями».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена, в развитии от сверстников не отставал. Сформировался общительным, гипертимным, вспыльчивым. После окончания школы, физкультурного техникума проходил военную службу по призыву, в последующем на протяжении двух лет служил сверхсрочную службу во Внутренних войсках МВД. Потом несколько лет работал в школе учителем физкультуры. 10 лет назад по собственному желанию призвался в Советскую Армию и прошел обучение в школе прапорщиков. Проходил службу в составе Объединенной группировки войск в Чеченской республике. Принимал участие в боевых действиях. В 1995 году, во время службы

в Чечне, со слов, получил закрытую черепно-мозговую травму без потери сознания (спускаясь по лестнице в темноте, упал, ударился головой). Отмечались потемнение в глазах, головокружение, тошнота. Проводилось лечение в военном госпитале, были наложены швы в области лба, медицинские документы не представлены. В последующем, особенно в течение последнего полугодия, стали беспокоить головные боли, плохая переносимость жары, духоты. Стал вспыльчивым, раздражительным, болезненно реагировал на замечания, не терпел указаний со стороны командиров, которые не имели боевого опыта. Нарушился сон: поздно засыпал, мешали мысли и воспоминания о войне. Летом 1997 г. после конфликта с одним из начальников, в поведении которого, среди прочего увидел неуважение к своему боевому опыту, внезапно возникла неуправляемая вспышка гнева, развилось выраженное психомоторное возбуждение: кричал, бранился, бил кулаком по столу, долго не мог успокоиться. Был госпитализирован в психиатрическое отделение госпиталя, где лечился больше месяца с диагнозом: «Психогенно обусловленное астено-невротическое состояние». После безуспешного лечения был переведен в психиатрическое отделение ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко с диагнозом: «Астено-невротическое состояние у акцентуированной личности».

Данные объективного исследования. При поступлении правильно ориентирован в месте, времени, собственной личности. Продуктивной психопатологической симптоматики в виде бредовых идей, расстройств восприятия не выявлялось. Настроение снижено, с оттенком дисфории. В беседе при расспросе о конфликтной ситуации и своих переживаниях, связанных с военными действиями, легко аффектируется. При изложении своей версии событий многословен, противоречив, обстоятелен, эмоционально лабилен. Болезненно реагирует по малейшему поводу – проявляются вегетативные реакции, начинает громко и с напором доказывать свою правоту, начинается злиться на врача, обвинять окружающих и все общество в несправедливом отношении к ветеранам. В беседе подчеркивает свой боевой опыт. В суждениях поверхностен, излишне категоричен, не способен принять чужую точку зрения. Мышление без структурных расстройств. Память, внимание, интеллект без грубой патологии.

Результаты проведенных исследований. ЭЭГ: изменения корковой нейродинамики ирритативного характера. Очаговой и пароксизмальной активности не выявлено. КТ головного мозга: патологии головного мозга не выявлено.

Проводилось лечение: алпрозолам, пароксетин, перициазин.

На фоне лечения эмоционально-волевые нарушения в значительной степени сгладились. Стал спокойнее относиться к психотравмирующей ситуации, но лишь формально признавал, что у него было психическое расстройство. Строит реальные планы на будущее, настроен на продолжение службы.

Обсуждение случая. У военнослужащего, проходившего службу по контракту, принимавшего участие в боевых действиях, получившего закрытую черепно-мозговую травму, после возвращения к постоянному месту службы появилась умеренная церебрастеническая симптоматика и аффективная неустойчивость, которые сочетались с признаками посттравматического стрессового расстройства: симптомами повторного переживания психической травмы и повышенной реактивности на специфические стимулы военной тематики. Наиболее выраженными в данном случае аффективная неустойчивость, проявлявшаяся эксплозивными реакциями на фрустрацию, в том числе на стимулы, связанные с психической травмой.

Клинический пример 4.6.

Полковник В., 50 лет, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 46 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство с синдромом репереживания и аутизации, тенденция к компенсации. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, хроническая форма, рецидивирующее течение, фаза обострения. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Аденома простаты 1 ст.».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими расстройствами неотягощена. Родился здоровым ребенком. В развитии от сверстников не отставал. Тяжелых травм, заболеваний в детстве не было. По характеру сформировался в меру общительным, самолюбивым и целеустремленным. Окончил общеобразовательную школу, военное училище. Успешно продвигался по службе. Окончил военную академию. С 1972 г. на фоне значительных физических и эмоциональных нагрузок диагностируется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В 1981-1983 гг. проходил службу в ДРА, где при исполнении обязанностей военной службы перенес две черепно-мозговые травмы «на ногах». К врачам не обращался, так как необходимо было продолжать выполнять боевые задачи. После возвращения из ДРА «стал смотреть на мир другими глазами», «произошла переоценка ценностей», появилась потребность в уединении, тяготился необходимостью общения, «стал замыкаться в себе», часто был погружен в свои мысли. Появилась несвойственная ему ранее раздражительность, нетерпеливость в ответ на любые трудности. Первые месяцы почти каждую ночь беспокоили кошмарные сновидения: «снились бои, охранение, кричал во сне, командовал». Тяготился частым возникновением в памяти горьких событий военного времени. Некоторое время вздрагивал в ответ на резкие громкие звуки. Избегал всего, что напоминало о войне – перестал смотреть новости, читать военную литературу. Потом сновидения стали возникать намного реже, а воспоминания уже не вызывали тягостных эмоций. Со временем адаптировался к мирной жизни и службе. С июля 1992 г. на фоне неблагоприятной обстановки на службе

ухудшилось настроение, оживились переживания собственной несостоятельности, усилилась раздражительность и нетерпимость к несправедливости. Стал тяготиться военной службой. С марта 1993 г. диагностировалось обострение язвенной болезни, поступил на лечение в гастроэнтерологическое отделение ГВКГ, где осмотрен психиатром и была выявлена астено-депрессивная симптоматика, явления повторного переживания психической травмы. Согласился на перевод в отделение неврозов.

Данные объективного исследования. Поступил с жалобами на пониженное настроение, замкнутость, малообщительность, беспокойный сон. За время наблюдения расстройств сознания, ориентировки, обманов восприятия, бредовых идей, расстройств мышления, внимания, памяти и интеллекта не выявлено. При расспросе соглашается рассказать о своих переживаниях в период службы в ДРА. Кратко, но достаточно ёмко характеризует особенности службы и выполнявшихся боевых заданий, признает, что очень тяжело переживал гибель и ранения подчиненных молодых солдат. Сообщает, что столкновение с равнодушием и незнанием людей и даже военных начальников об афганской войне произвело на него сильное действие. С этим связывает разочарование в своей службе и задачах, которые выполнял в Афганистане. Отмечает изменение своего характера после возвращения с войны: «стал менее общительным», «было скучно и странно быть в компании людей, осознавая, что в это время идет война», «чувствовал себя чужим, лишним человеком». Говорит, что первое время было дискомфортно с женой и другими близкими, к которым приходилось заново привыкать. Отметил у себя снижение позитивных чувств от того, что радует его близких, появление равнодушия к поощрениям, знакам отличия и карьерному росту. Одновременно с этим стали сильнее раздражать распоряжения начальников, которые ему казались бессмысленными или наносящими вред делу. Стали вызывать неприязнь сослуживцы и начальники. Заявляет об утрате мотиваций продолжению военной службы. Настроение гипотимное, но без идеаторной и двигательной заторможенности. Эмоционально маловыразителен. Понимает, что нуждается в помощи. В неврологическом статусе без признаков очагового поражения ЦНС.

Результаты проведенных исследований. МРТ головного мозга: без патологических изменений. ЭЭГ: легкие диффузные изменения в виде нерегулярного альфа-ритма.

Проводилось лечение: диазепам, amitriptилин, физиотерапия, психотерапия.

На фоне лечения улучшилось настроение, нормализовался сон, стали больше радовать встречи с детьми и женой. Однако в целом отношение к жизни и построению планов не изменилось: разочарован в своей профессии, мотивации продолжать службу нет.

Обсуждение случая. У военнослужащего, продолжительное время принимавшего участие в боевых действиях и подвергавшегося воздействию боевых стресс-факторов сразу

после возвращения из зоны военных действий возникла психопатологическая симптоматика, соответствующая современным критериям диагностики ПТСР: симптомы интрузии, ожидания опасности, избегания и стойкие изменения личности. Спустя год после возвращения из зоны боевых действий частота, яркость и эмоциональная насыщенность повторных переживаний стали уменьшаться. Однако новые черты характера и уклонение от всего, что напоминало стресс, сохранялись. На момент обследования в картине ПТСР преобладали явления избегания и проявления послевоенной трансформации личности с новой системой ценностей, интересов, сужением круга общения и уменьшением разнообразия позитивных эмоциональных реакций.

Клинический пример 4.7.

Старшина запаса И., 24 года, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в течение 27 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство. Хронический гепатит на фоне жировой дистрофии печени. Хронический панкреатит, латентная форма. Левосторонний кохлеарный неврит».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. В развитии от сверстников не отставал. Сформировался спокойным, замкнутым. В детстве тяжелых травм, операций не переносил. Закончил колледж. Проходил военную службу по призыву, после которой принял решение о продолжении службы по контракту.

В 1999-2000 гг. служил по контракту на территории Чеченской республики. При исполнении обязанностей военной службы дважды был контужен, получил ножевое касательное ранение левого предплечья. После войны устроился работать в частное охранное предприятие. В 2001 году подвергся нападению неизвестных, получил ножевое поверхностное ранение шеи с повреждением кожных покровов.

С 2000 г. почти сразу после возвращения из зоны боевых действий стал отмечать ухудшение сна с неприятными и устрашающими сновидениями военной тематики или с непонятным сумбурным сюжетом и частыми тревожными пробуждениями. Первые месяцы часто в памяти не к месту всплывали события военного времени, преимущественно неприятные. Со злостью вспоминал неразбериху и ошибки, которые, по его мнению, совершали командиры. Беспокоило неустойчивое настроение, которое часто и на продолжительное время ухудшалось в связи с любыми неприятностями и порой без явной причины. По мере возвращения к мирной жизни его часто стали раздражать окружающие своим поведением, манерами, суждениями, особенно репликами на тему военной службы. Часто проявлял вспыльчивость не только в ответ на обидные слова и замечания, но и по пустякам. Легко становился инициатором конфликтов, после чего долго не мог успокоиться. Стал испытывать чувство внутренней «опустошенности», сочетавшееся с пониженным настроением. Считал, что

из-за своей повышенной чувствительности и раздражительности стал избегать всего, что напоминало о войне, уклонялся от разговоров на данную тему. В компании других неохотно вспоминал о своем участии в боевых действиях. В одиночестве, даже если воспоминания возникали, стремился чем-то занять себя и переключить внимание. С трудом адаптировался к обычным условиям жизни. Интересы и заботы, обычные для мирной жизни, казались пустяжными и неинтересными. Чувствовал, что с трудом понимает близких и друзей. Потерял интерес к прежней работе, не мог найти смысл жизни и не знал, что делать дальше. Участились алкогольные эксцессы и очень скоро появились периоды, когда пациент употреблял спиртные напитки ежедневно по 3-5 дней подряд. Толерантность возросла почти до одного литра водки. Отмечались вегетативные проявления синдрома лишения. Возникали конфликты с родителями на почве его пьянства. За медицинской помощью долго не обращался, легковесно заявлял, что он почти не пьет и запросто может бросить. Лишь по настоянию родителей обратился за медицинской помощью.

Данные объективного исследования. На коже шеи справа поверхностный рубец длиной 6-8 см. На коже левого предплечья кожный рубец после ранения длиной 8-10 см. Дистальный гипергидроз. Явления вегетативной гиперактивности. Без явной заинтересованности вступает в беседу. Сознание ясное, правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Продуктивной психотической симптоматики нет. Контакт преимущественно формальный. На вопросы отвечает в плане заданного, чаще всего односложно. Довольно подробно сообщает основные биографические сведения. Однако уклоняется от откровенного рассказа о своих переживаниях и о том, что видел на войне. Показывает внешнее равнодушие к обсуждаемым вопросам. Однако подобная демонстрация сопровождается явным волнением. Зрительный контакт почти все время отсутствует. Фон настроения с гипотимным оттенком. Среди своих проблем акцентирует внимание на повышенной раздражительности, отчуждении от окружающих, снижении слуха. При расспросе удастся выяснить, что пациента беспокоят частые неприятные и устрашающие сновидения военной тематики, из которых он часто пробуждается ночью. Отмечает, что кошмары и нарушения сна исчезают на фоне алкогольного опьянения. Признает, что у него есть трудности в поддержании контактов с другими людьми из-за взаимного непонимания и отчужденности. Также соглашается, что в состоянии опьянения становится возбудимым и несдержанным. В госпитале лишь изредка проявлял нетерпеливость и раздражительность. Память, мышление, интеллект грубо не нарушены. Влечение к алкоголю с легкостью отрицает. Алкогольный анамнез психологизирует. Критика к зависимости от алкоголя соглашательская. Весь период наблюдения состояние удовлетворительное. Поведение

упорядоченное. Первые дни жаловался на плохой сон, но на фоне лечения состояние улучшилось.

Проводилось лечение: моклобемид, диазепам, инозин, винпоцетин, витаминотерапия, ГБО, физиотерапия, психотерапия.

На фоне проводимого лечения сгладились аффективные нарушения, улучшилось настроение, перестали беспокоить неприятные сновидения, нормализовался сон.

Результаты проведенных исследований: ЭЭГ: вариант нормы.

Обсуждение случая. У военнослужащего запаса, проходившего военную службу по контракту, принимавшего участия в боевых действиях и перенесшего повторные закрытые черепно-мозговые травмы минно-взрывного генеза, после возвращения из зоны военных действий возникла психопатологическая симптоматика, связанная с воздействием психического стресса. При этом стал проявляться комплекс психических нарушений, входящих во все три кластера психопатологических признаков ПТСР: «Б» (интрузии) - персистирующие непроизвольные воспоминания и кошмары военной тематики; «В» (избегания) – стремление пресечь собственные воспоминания и уклониться от ситуаций, оживляющих воспоминания о войне и связанные с ней переживания; «Г» (психогенная амнезия или симптомы возбудимости) – раздражительность в том числе в ответ на стимулы, напоминающие о психотравмирующей ситуации. Наряду с этим имеет место депрессивная симптоматика, склонность к возникновению тревоги, а также закрепившиеся на войне изменения личности. Развитию психопатологических проявлений ПТСР в данном случае также сопутствовало аддиктивное поведение с быстрым развитием алкогольной зависимости.

Клинический пример 4.8.

Рядовой запаса В., 26 лет, находился на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в течение 28 дней с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Раннее развитие пациента без особенностей. Воспитывался в неполной семье, родители были в разводе. Сообщает, что в детстве не болел, травм и операций не было. Сформировался уравновешенным, спокойным. После 9 класса закончил ПТУ, где учился удовлетворительно. После окончания ПТУ по приобретенной специальности не работал, так как был призван на военную службу в Вооруженных Силах РФ.

В ноябре–декабре 1994 года в составе своей воинской части выполнял задачи по наведению конституционного порядка на территории Чеченской республики. В декабре 1994 г. (точно дату назвать не может) получил сквозное пулевое ранение верхней трети левого бедра с

повреждением седалищного нерва. Лечился в окружном военном госпитале. Продолжал лечение в других военных госпиталях. В мае 1995 года уволен из рядов Вооруженных Сил РФ связи с окончанием срока службы по призыву.

После увольнения из армии была оформлена 3 группа инвалидности по общему заболеванию, состоит на учете у невропатолога по месту жительства. В 1995-98 гг. работал в фонде инвалидов. В дальнейшем занимался торговлей.

После увольнения из армии беспокоили навязчивые неприятные мысли и воспоминания о войне: «в памяти всплывали эпизоды боя», «суматоха и неразбериха, из-за которых солдаты погибали и получали ранения». Непроизвольно возникали мысли о нелепости и никчемности его участия в боевых действиях и полученного ранения. Сожалел, что попал на войну, что она «сломала ему жизнь». С 1995 года стал регулярно, иногда ежедневно, употреблять спиртные напитки, преимущественно самогон. Причиной пьянства называет безделье – «в деревне нечем заняться, работы нормальной нет..., рядом всюду пьяницы». С 1997 г. отмечает ухудшение самочувствия на фоне употребления спиртного и после прекращения его приема: стали беспокоить головная боль, слабость, эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм. рт. ст. Неоднократно госпитализировался бригадой скорой медицинской помощи в связи с повышением АД. После смерти матери в 2000 году стал чаще употреблять спиртное (самогон), длительность запоев – до 5 дней, толерантность превышает 0,7 литров крепких спиртных напитков. В 2000 году лечился в психиатрической больнице, куда обратился самостоятельно, в связи с выраженным ухудшением самочувствия на фоне трехдневного пьянства. После выписки возобновил употребление спиртных напитков. По ходатайству ветеранской общественной организации был направлен на лечение в ГВКГ.

Данные объективного исследования. Жалобы на навязчивые неприятные мысли и воспоминания о боевых действиях, головную боль, головокружения, слабость, вялость, повышенную утомляемость, ухудшение памяти, рассеянность, нарушения сна, периодически возникающие неприятные ощущения в проекции сердца.

В области верхней трети левого бедра рубец. Походка не изменена, чувствительность снижена в области левого бедра. Отмечаются явления вегетативной гиперактивности. Дистальный гипергидроз. Правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Продуктивной психотической симптоматики нет. Выглядит опрятным. Контакт доступен. На вопросы отвечает после некоторого раздумья, в плане заданного. Медлителен, обстоятелен при изложении анамнестических сведений, при этом часто не может выделить главное. Настроение без признаков депрессии. О своих переживаниях, связанных с участием в боевых действиях, говорит кратко, при этом на глазах появляются слезы. Однако отмечает. Что последние пару

лет навязчивые воспоминания беспокоят намного реже и вызывают меньше душевных страданий. Вял, активное внимание снижено. Память снижена на имена, даты. Так, не смог вспомнить точную дату получения ранения, в каком отделении госпиталя лечился ранее. Алкогольный анамнез вуалирует, стремится дать своему пьянству рациональное объяснение. С легкостью дает обещания больше не пить.

Проводилось лечение: пароксетин, феназепам, психотерапия.

Обсуждение случая. В представленном примере у военнослужащего в отставке, проходившего службу по контракту, принимавшего участие в боевых действиях и получившего ранение, после эвакуации из зоны военных действий и проведенного лечения по поводу ранения возникли симптомы, присущие ПТСР, из кластера 1 интрузии - персистирующие непроизвольные воспоминания, сопровождавшиеся депрессивной симптоматикой. Психопатологическим проявлениям ПТСР сопутствовало формирование алкогольной зависимости с формированием основных наркоманических синдромов: абстинентного синдрома, синдрома измененной реактивности, присоединение изменений личности алкогольного типа по типу астенических.

Клинический пример. 4.9.

Подполковник В., 43 лет, находился на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в течение 53 дней с диагнозом «Затяжное невротическое состояние со стойкими умеренно выраженными аффективными и астеническими нарушениями. Гипертоническая болезнь I стадии. Стеатогепатоз без нарушения функции печени. Хронический панкреатит, латентная форма. Хронический простатит, ремиссия. Распространенный межпозвонковый остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника с хроническим болевым синдромом и незначительным нарушением функции. Деформирующий остеоартроз правого локтевого и коленных суставов с хроническим болевым синдромом и незначительным нарушением функции».

Анамнез. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился в срок. В развитии не отставал. В школе учился хорошо. В 1983-1985 гг. проходил службу по призыву в Советской армии. Демобилизовался на общих основаниях. В 1989 г. окончил Харьковский институт искусств, призвался на военную службу по контракту. В последующем успешно продвигался по службе.

В 1999-2000 гг. принимал участие в контртеррористической операции на Северном Кавказе. В боях не участвовал, но неоднократно попадал под обстрелы боевиков, в которых были убиты и ранены его сослуживцы. Ранений и травм не получал. После возвращения из

зоны КТО стал замечать у себя несвойственную ранее раздражительность, неустойчивый фон настроения, воспоминания о погибших и чувство вины перед ними, стойкое нарушение сна с повторяющимися кошмарами военной тематики. С 2002 г. беспокоила боль в коленных суставах, из-за чего неоднократно находился на лечении в травматологических отделениях военных госпиталей, проводилось оперативное лечение. В связи с занятостью на службе стал меньше времени уделять семье, что привело к охлаждению отношений с женой. Последние два года боли в шейном и поясничном отделах позвоночника и в суставах усилились. Сохраняется периодически возникающая боль в левом коленном суставе. Стал испытывать головную боль, иногда – головокружение. На фоне возрастающих нагрузок на службе, отсутствия полноценного отдыха и в связи с ухудшением отношений с супругой снизилось настроение, стал отмечать раздражительность, повышенную утомляемость, снизилась работоспособность, нарушился ночной сон. Неоднократно находился на лечении в психоневрологическом отделении военного госпиталя с диагнозом: «Невротическая реакция с астено-вегетативными и аффективными нарушениями. Гипертоническая болезнь I стадии. Распространенный остеохондроз позвоночника. Хроническая вертеброгенная пояснично-крестцовая L5-S1 радикулопатия с умеренно выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромом, рецидивирующее течение. Деформирующий артроз обоих коленных суставов с болевым синдромом. Состояние после операции артроскопических менискэктомий (2003 г, 2004 г.). Нефроптоз справа I ст. Хронический простатит в стадии нестойкой ремиссии». Сохранялись пониженное настроение, раздражительность, расстройство ночного сна, снижение работоспособности, продолжала беспокоить головная боль. Переживания, связанные с боевыми действиями, беспокоили крайне редко. Командованием характеризуется в целом положительно, однако в служебной характеристике указано: «В последнее время не может выполнять свои служебные обязанности в полном объеме по причине значительного ухудшения состояния здоровья», в связи с чем направлен на обследование и освидетельствование ВВК. Добровольно госпитализирован в 47 отделение ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко.

Поступил с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение работоспособности; раздражительность, обидчивость; пониженное настроение; трудность концентрации внимания; частую боль в области коленных суставов, головную боль.

Данные объективного исследования. При поступлении и в последующем правильно ориентируется. Контакт доступен, на вопросы отвечает в плане заданного. Обманов восприятия и бредовых идей нет. Выглядит уставшим, подавленным. Мимика печальная. Эмоционально лабилен. В беседах остается стойко фиксирован на своих переживаниях по поводу сложившейся ситуации на службе и в семье, выхода из которых не видит. При

изложении психотравмирующих обстоятельств, связанных со службой в мирное время, становится напряженным, долго не может успокоиться. С пессимизмом оценивает прошлые, настоящие и будущие события. В актуальных переживаниях пациента последние годы тема боевых действий перестала звучать, но при расспросе признает, что иногда бывают сновидения, воспоминания, которые вызывают беспокойство и ухудшение настроения, но от них удается отвлечься. Открыто высказывает утрату мотивации к продолжению военной службы, объясняя это отсутствием перспектив, сложными отношениями с командованием и плохим денежным содержанием. Отмечается незначительное снижение когнитивных функций по астеническому типу в виде сужения объема кратковременной и оперативной памяти, снижения устойчивости и концентрации внимания. Мышление с тенденцией к обстоятельности, без структурных расстройств. В отделении малозаметен, большую часть времени проводит в пределах палаты, обычно читает, общается мало. Осознает наличие психических нарушений, понимает необходимость лечения, связывает свою болезнь с труднопереносимыми обстоятельствами военной службы.

Проводилось лечение: сертралин, феназепам, физиотерапия, психотерапия.

В процессе лечения достигнуто незначительное улучшение: уменьшились проявления гипотимии, сгладились проявления аффективной неустойчивости. Восстановился сон. Стал активнее. Более общителен. Отмечает улучшение концентрации внимания. Психотической симптоматики нет. Суицидальных и антисоциальных тенденций нет. Сохраняется выраженная и стойкая астеноневротическая симптоматика.

Результаты проведенных исследований. ЭЭГ: отмечаются умеренно выраженные диффузные изменения ирритативного типа в форме усиления бета-активности при полном отсутствии альфа-ритма. УЗДГ: 1) начальные проявления атеросклероза внечерепных отделов брахиоцефальных артерий; 2) непрямолинейность хода позвоночных артерий в интравертебральном сегменте, что вероятно обусловлено остеохондрозом шейного отдела позвоночника; 3) эктазия внутренней яремной вены справа.

Результаты экспериментально-психологического исследования. Выявлено сужение объема кратковременной и оперативной памяти; снижение уровня концентрации и устойчивости внимания; мышление с тенденцией к обстоятельности, инертность мыслительной деятельности; средний уровень волевого локус-контроля; неустойчивость эмоциональной сферы, полярность и спонтанность возникновения аффективных реакций; механизм защиты психосоматический в рамках невротического развития личности; легко возникающая трансформация эмоциональной напряженности в функциональные физиологические нарушения, сопровождающиеся склонностью к тревожно-депрессивным реакциям; при неудачах легко

возникает чувство вины, недовольство собой; снижение адаптивных возможностей; МШ ПТСР – 84 балла (норма до 60).

Представлен на ВВК: на основании статей 17-б, 65-в, 72-г, 73-г графы III Расписания болезней и ТДТ (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации 2003 года № 123) признан: «В» – ограничено годен к военной службе.

Обсуждение случая. В представленном клиническом примере у военнослужащего, проходящего службу по контракту, принимавшего участие в боевых действиях, после возвращения к постоянному месту службы продолжительное время сохранялись симптомы, входящие в перечень критериев диагностики ПТСР: симптомы повышенной реактивности в виде раздражительности и нарушения сна. Спустя пять лет на фоне ухудшившегося соматического здоровья и длительной психотравмирующей ситуации на службе присоединилась стойкая астеническая симптоматика, а в содержании переживаний пациента военная тема отступила на второй план и стала доминировать труднопереносимая психотравмирующая ситуация мирного времени. В объективных сведениях (в служебной характеристике) находит свое отражение влияние болезни на ухудшение социального функционирования. Приведенная история болезни может служить примером того, что диагноз в военной психиатрии учитывает и критерии диагностики, изложенные в диагностических рубриках раздела F4 МКБ-10, и формулировки, содержащиеся в расписаниях болезней (приложениях к Приказам Министра Обороны СССР и РФ или к Положениям о военно-врачебной экспертизе, утвержденным в разное время постановлениями Правительства Российской Федерации).

Клинический пример 4.10.

Старший лейтенант М, 27 лет, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 18 дней с диагнозом «Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы (1995 г.) преимущественно с аффективными нарушениями и явлениями вегетативной гиперактивности».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. В развитии от сверстников не отставал. Признаков расстройств личности и отклоняющегося поведения не прослеживается. Окончил школу с хорошими оценками, в последующем окончил высшее общевоинское командное училище, за время службы характеризовался положительно. Женат, имеет дочь трех лет. В 1994-1995 гг. принимал участие в боевых действиях при наведении конституционного порядка в Чеченской республике. В декабре 1995 г. во время взрыва снаряда получил ранение мягких тканей нижней трети правого

предплечья и контузию, потеря сознания отмечалась во время транспортировки в госпиталь в течение 2 часов после ранения. Лечился в ОБГ с диагнозом «Огнестрельное пулевое касательное ранение мягких тканей правого предплечья в нижней трети, огнестрельный оскольчатый перелом правой локтевой кости в нижней трети без смещения отломков». После возвращения из Чечни, по замечаниям близких и сослуживцев, несколько изменился по характеру, «стал более серьезным». Со слов пациента, беспокоили воспоминания о войне, неоднократно во время учений или просто во время движения в колонне на БТР «казалось, что в кустах засели чеченцы с автоматами и гранатометами», «по привычке правой рукой искал автомат». На высоте аффекта испытывал чувство удушья, учащалось дыхание, появлялась дрожь в правой руке. Лечился в психиатрических отделениях военных госпиталей. Состояние нормализовалось, чувствовал себя удовлетворительно. Последняя госпитализация в июле 1998 г., установлен диагноз: «Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы с умеренно выраженными астеновегетативными нарушениями с исходом в компенсацию». После выписки поддерживающей терапии не получал. Постепенно, на фоне постоянных служебных нагрузок накапливалось внутреннее напряжение, стал вспыльчивым, раздражительным. В течение последних двух недель на службе отмечалась психотравмирующая ситуация, требующая постоянного психического напряжения. После конфликта с командиром, во время которого «взорвался» и «наговорил лишнего», появились резкая слабость, головная боль, повышенная потливость, ночью не мог заснуть, «на следующее утро чувствовал себя разбитым», «не мог встать с постели», на службу не вышел. Обратился за медицинской помощью с жалобами на неустойчивое настроение, которое легко снижается при малейшей обиде или неприятностях на службе, повышенную раздражительность, тревогу, периодические неприятные воспоминания о войне и внезапные образные представления, возникающие в ситуациях, которые чем-то напоминают боевую обстановку, при просмотре телевизионных новостей, на нарушение сна, периодическую головную боль. Направлен на лечение в ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко.

Данные объективного исследования. Сознание ясное, правильно ориентируется в месте, времени и собственной личности. Продуктивной психотической симптоматики нет. Нарушений мышления нет. На вопросы отвечает по существу. Настроение с гипотимным оттенком. Эмоционально лабилен, реакции чрезмерно экспрессивные, аффективно насыщены, когда речь заходит о событиях военного времени и психотравмирующей ситуации на службе. Очень подробно, обстоятельно описывает конфликт на службе, свои ощущения, переживания. Отмечает, что неприятные и тревожные воспоминания о войне сейчас стали меньше беспокоить, чем раньше. Однако в момент «серьезного разговора» с начальником, услышав

замечания, не сдержался, стал кричать, указал, что командир «не воевал» и не имеет авторитета. Признает, что последние месяцы перестал справляться со своими эмоциями, часто повышает голос, иногда оскорблял близких и подчиненных. Говорит, что он сильно обеспокоен текущей ситуацией на службе и своим настоящим состоянием, несколько демонстративен при предъявлении жалоб и описании своей позиции в конфликте с начальством. Поведение упорядоченное. Интеллектуально-мнестические функции без грубых нарушений.

Проводилось лечение: диазепам, пароксетин, психотерапия.

В ходе лечения сгладился проявления эмоциональной неустойчивости, улучшилось настроение, нормализовался сон.

Обсуждение случая. У военнослужащего, проходившего службу по контракту, принимавшего участие в боевых действиях, получившего ранение и минно-взрывное поражение (закрытую черепно-мозговую травму – сотрясение мозга), после эвакуации из зоны военных действий стали проявляться как церебрастеническая симптоматика, так и психопатологические признаки, соответствующие критериям диагностики посттравматического стрессового расстройства: непроизвольные воспоминания и симптомы повторного переживания психической травмы. Если в ближайший период после участия в боевых действиях наиболее выраженными были симптомы интрузии, которые проявлялись персистирующими непроизвольными или вызванными внешними обстоятельствами воспоминаниями, и феноменом оживления стрессора с внезапным повторным его переживанием, в последнее время на первый план стали выступать астено-депрессивная симптоматика и эмоциональная неустойчивость.

Клинический пример 4.11.

Полковник в отставке И., 52 лет, находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко в течение 56 дней с диагнозом «Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга с психоорганическим синдромом (характеропатическим вариантом), диссоциативными расстройствами и ипохондрическим развитием. Постконтузионный правосторонний кохлеарный неврит с глухотой на правое ухо».

Анамнез настоящего заболевания. Наследственность психическими расстройствами неотягощена. В развитии не отставал. В юности увлекался спортом, имел высокие спортивные разряды. После окончания института был призван в армию. Успешно продвигался по службе на командных должностях. Дважды находился в служебной командировке в составе Ограниченного контингента советских войск в Афганистане. Был властным, стеничным, требовательным. Умел добиться от подчиненных полного повиновения. За успешное командование и выполнение боевых заданий награжден орденами и медалями. В период

службы в ДРА перенес вирусный гепатит, сыпной тиф. Во время ведения боевых действий получил пулевые ранения правой руки и области шеи, в рукопашном бою – травму лица с переломом верхней челюсти, в другом бою – контузию головного мозга в результате взрыва мины, в последующем – осколочное ранение правой височной области. После лечения в госпиталях ВВК продолжил службу в частях центрального подчинения. С того времени в стрессовых ситуациях испытывал головную боль, боль в области сердца. В последующем пациент и его близкие стали замечать у него повышенную раздражительность, вспыльчивость, неустойчивость настроения. Появились нарушения сна. Отмечались колебания АД. Около 10 лет назад, со слов больного, после конфликта с начальником развился «парез правой руки и ноги». Лечился в госпитале, затем проходил длительное восстановительное лечение. Функция руки и ноги в значительной степени восстановились. Сохранялось онемение пальцев рук. Продолжал службу. За время, прошедшее после возвращения из зоны боевых действий, постепенно заострялись патохарактерологические черты: стал еще более упрямым, обидчивым, нетерпимым, капризным. На фоне служебных конфликтов и казавшегося ему «крушения жизненных планов» усилились нарушения двигательной функции. Стал сильнее хромать, нарушилась подвижность пальцев рук. 5 лет назад находился на лечении в психиатрическом отделении ГВКГ с диагнозом: «Затяжное невротическое состояние с функциональным парезом правой ноги и аффективными нарушениями. Гипертоническая болезнь I ст.». После лечения непродолжительное время отмечал улучшение. Однако уже через год лечился в психиатрическом отделении госпиталя с диагнозом «Отдаленные последствия закрытой черепно-мозговой травмы со стойким неврозоподобным синдромом и функциональными двигательными нарушениями». Освидетельствован ВВК и признан негодным к военной службе в мирное время. Вскоре после выписки вновь усилились нарушения движения руки и ноги, беспокоила сильная головная боль. Чаше возникали вспышки гнева, дисфории. Амбулаторное лечение принимал нерегулярно. Вместо выполнения рекомендаций врачей часто посещал представителей нетрадиционной медицины, после чего отмечал кратковременное улучшение. Во время лечения в хирургическом отделении госпиталя был осмотрен психиатром и рекомендовано стационарное лечение в психиатрическом отделении в плановом порядке.

Психическое состояние в период лечения. При поступлении и в последующем ориентируется в месте, времени и собственной личности. Бредовых идей не высказывает. В беседе долго удерживает внимание врача перечислением жалоб, динамики болезни и предполагаемых ее причин. Фиксирован на своих болезненных ощущениях. Рассказывает о болезни красочно, обстоятельно, с приведением множества деталей. Обращает внимание чересчур скорбное выражение лица, сдавленный голос. Хорошо подмечает отношение врача к

его словам. Заметно оживляется, видя интерес врача к его заслугам. По ходу беседы показывает свою немоту: сидит в неподвижной позе, едва встает, пошатывается, падает на диван или в кресло, показывает нарушения походки. Однако отвлекаясь, обнаруживает достаточную подвижность и способность самостоятельно, без какой-либо помощи передвигаться. Болезненно реагирует на замечания, указания на несоответствие его жалоб объективному состоянию. Проявляет односторонность и категоричность в суждениях. Пристально смотря в глаза врачу, заявляет, что он «готов доверять врачам, но если доверие пропадает, то отказывается от помощи таких специалистов». Настроение без признаков депрессии. Грубых нарушения памяти нет, однако в нужный момент, когда хочет показать мнестические нарушения, вдруг затрудняется вспомнить простое слово, при этом нарочито морщит лоб, хватается за голову. Считает себя тяжело больным, инвалидом. Склонен добиваться для себя особого режима и условий. На отказ в удовлетворении его требований реагирует демонстративно-манипулятивным поведением. Неоднократно в присутствии персонала или больных падал. На фоне значимой для больного конфликтной ситуации отмечалось ступорозное состояние с нарочитым негативистичным поведением и последующей частичной амнезией.

Получал лечение: карбамазепин, диазепам, перициазин, гамма-аминомасляная кислота, ницерголин, витамины, физиотерапия, психотерапия.

В процессе лечения уменьшились проявления демонстративного поведения, стал спокойнее, сгладилась аффективная неустойчивость, выровнялось настроение. Вместе с тем, несмотря на лечение, сохраняются диссоциативные нарушения моторики. Пребыванием в стационаре не тяготится, планировал длительное лечение в госпитале. Однако после поступившего ему предложения занять видную должность в общественной организации заметно оживился, стал активным, резко уменьшились видимые нарушения двигательных функций. Пациент обратился с просьбой о выписке.

В неврологическом статусе: девиация языка влево, сглаженная носогубная складка слева, неравномерное оживление сухожильных рефлексов, отсутствие патологических стопных и ладонных рефлексов, сохранность глубоких рефлексов, диссоциация между демонстрируемым левосторонним вялым гемипарезом и нормальным тонусом мышц, отсутствие мышечной атрофии, «истерическая походка» с ротацией левой стопы внутрь и опорой на пятку, возникновение сопротивления в «пораженных мышцах» при пассивных движениях, сохранность движений левого плеча при полном парезе левой кисти, улучшение двигательной функции при отсутствии внимания врачей и персонала.

МРТ головного мозга, заключение: головной мозг без патологических очаговых изменений. Незначительное расширение субарахноидальных пространств больших полушарий и мозжечка.

Обсуждение случая. У военнослужащего, принимавшего участие в боевых действиях, получившего ранения и повторные минно-взрывные травмы (закрытое ранение черепа и закрытую черепно-мозговую травму – сотрясение мозга), после возвращения из зоны военных действий к постоянному месту службы на фоне хронической психотравмирующей ситуации возникли полиморфные непсихотические нарушения. Наряду с усиливавшейся церебрастенической симптоматикой, наблюдалось заострение преморбидных истеро-паранойяльных черт личности с присоединившейся аффективной неустойчивостью в виде склонности к дисфориям и эксплозивному типу реагирования. Возникли диссоциативные нарушения моторики в виде функционального гемипареза, которые обострялись на фоне неблагоприятных жизненных обстоятельств, длительно удерживались и в сочетании с патологическими чертами характера стали предпосылкой развития ригидной ипохондрии.

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 5.

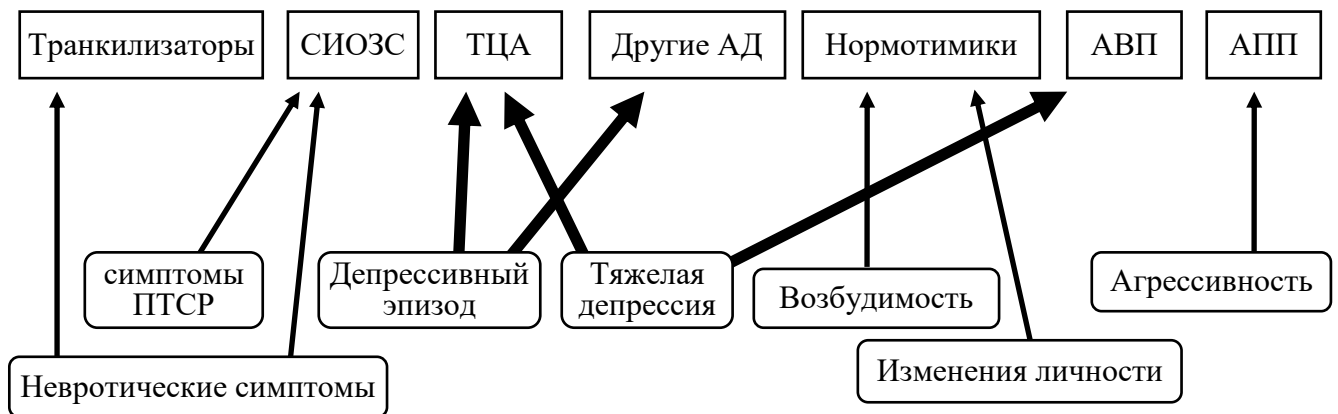


Рисунок 5.1. Психопатологические предикторы выбора психофармакотерапии

ПРИЛОЖЕНИЕ К ГЛАВЕ 6.

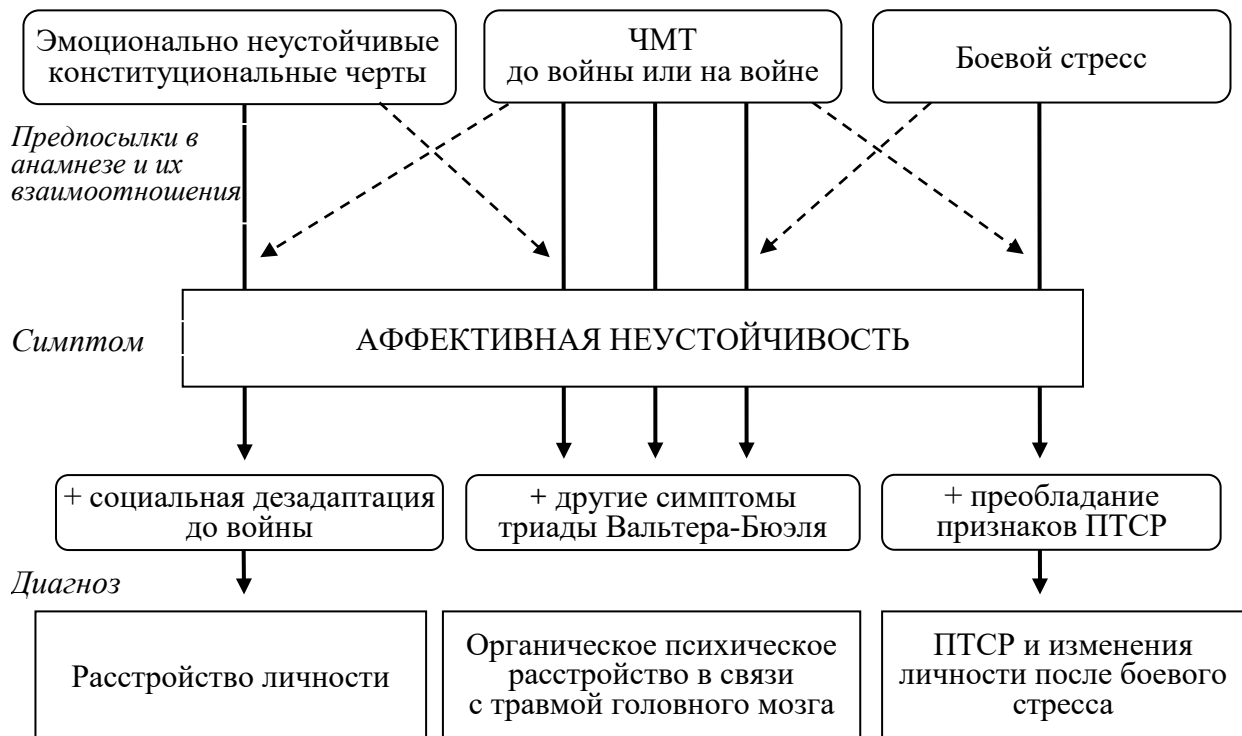


Рисунок 6.1. Алгоритм диагностической оценки аффективной неустойчивости с учетом predisposing факторов

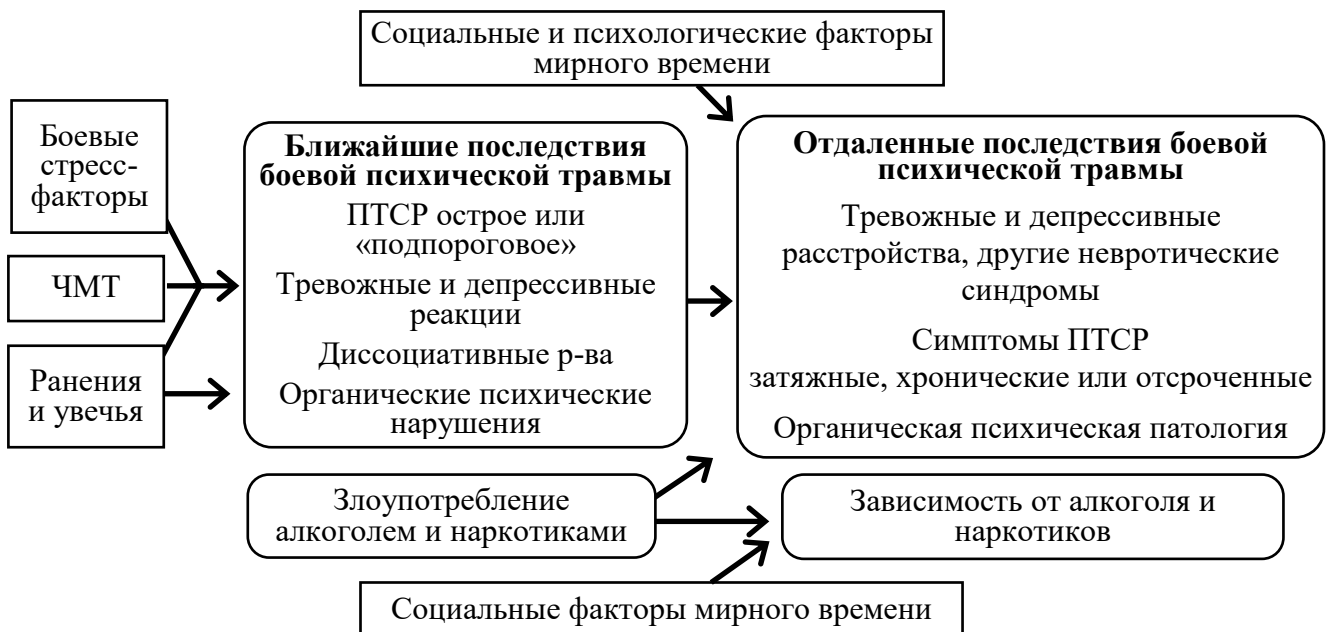


Рисунок 6.2. Механизмы развития психической патологии у ветеранов боевых действий

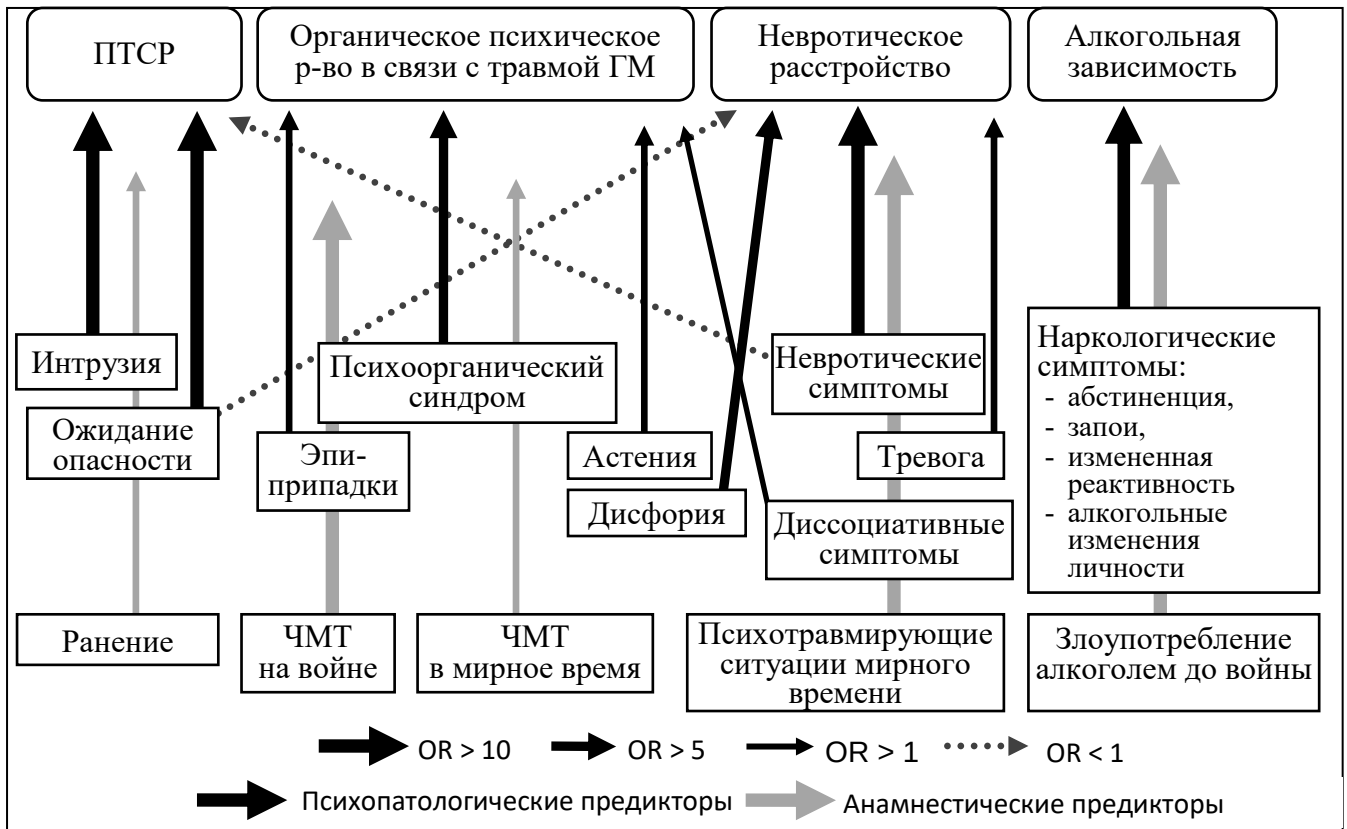


Рисунок 6.3. Психопатологические и анамнестические предикторы диагностики различных психических расстройств (логистическая регрессия)

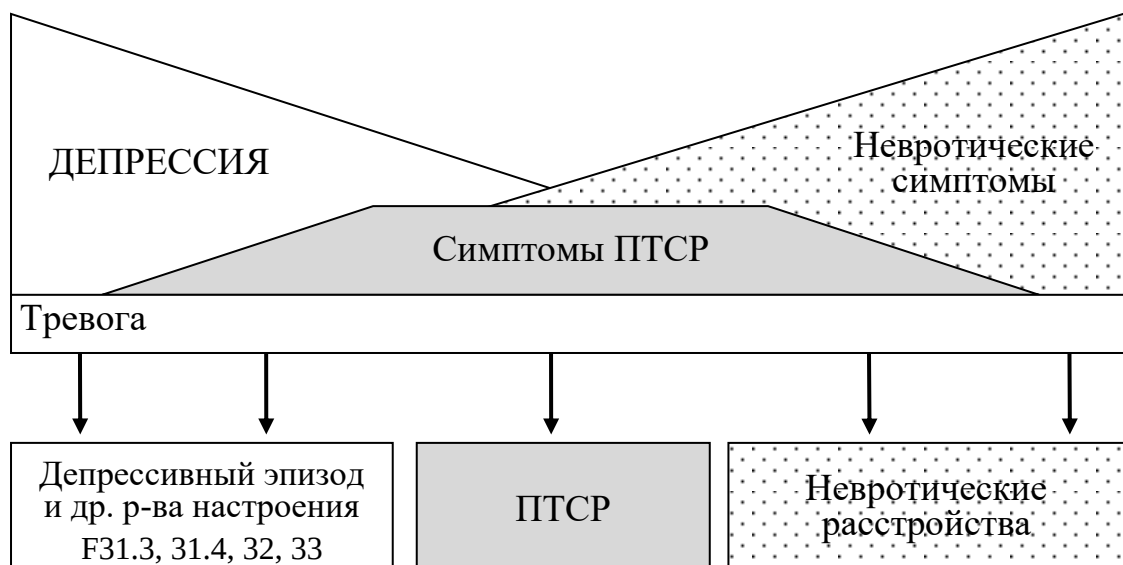
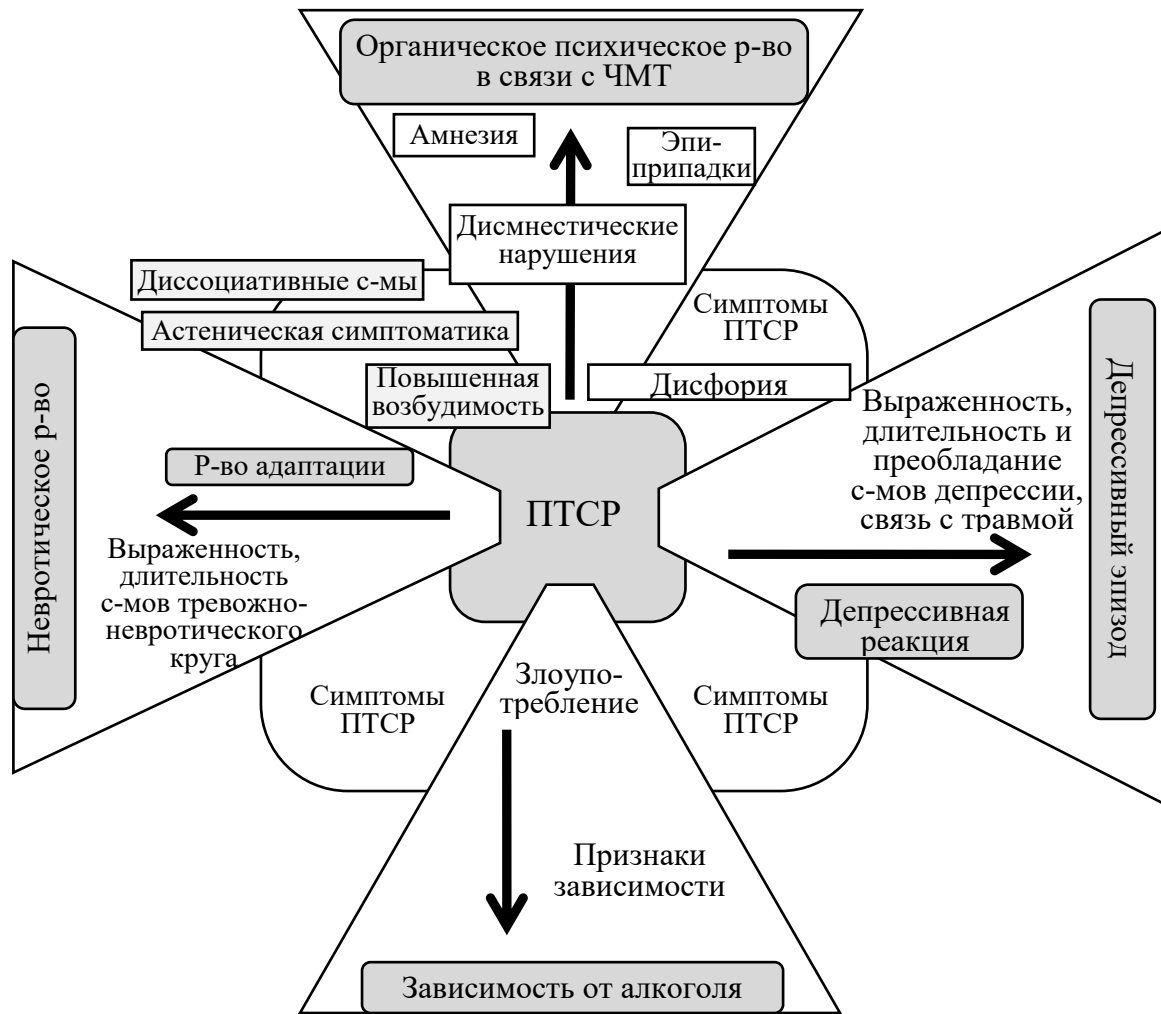


Рисунок 6.4. Алгоритм диагностики психических расстройств эмоционального и невротического регистров



Рисунок 6.5. Психические расстройства в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий, лечение которых проводится в психиатрическом стационаре



6.6. Примерный алгоритм диагностики психических расстройств у ветеранов боевых действий

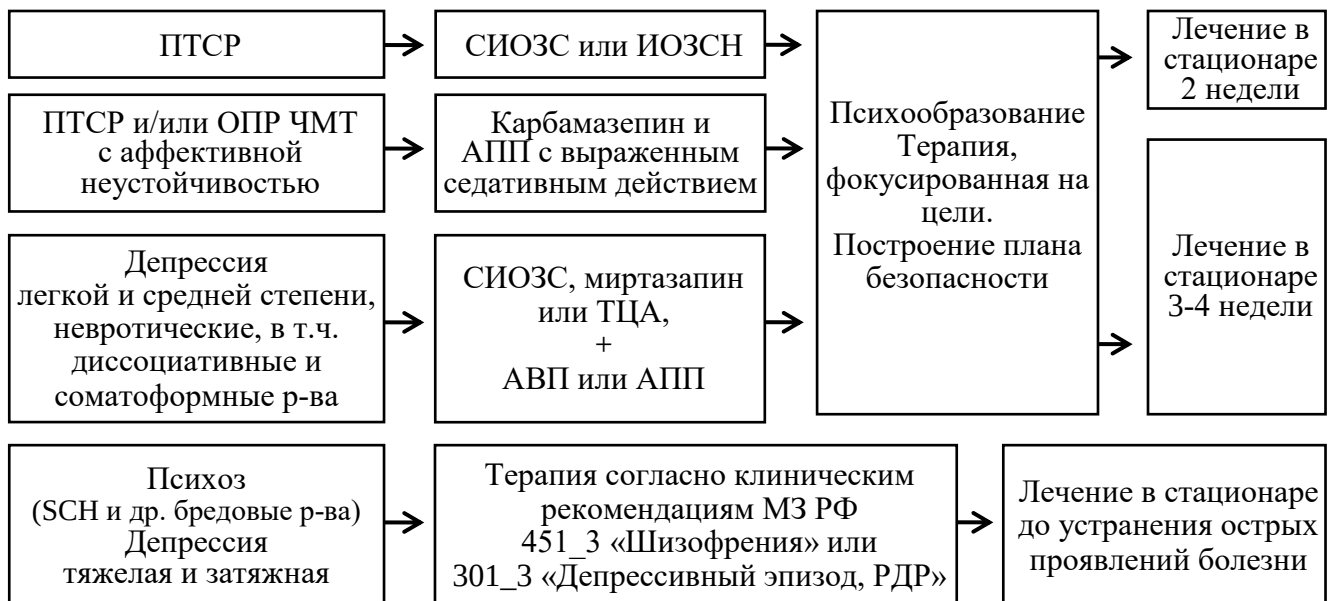


Рисунок 6.7. Алгоритм психиатрической помощи в стационаре ветеранам в ближайший период после участия в боевых действиях