

Резник Александр Михайлович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ И ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ,
НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

3.1.17 – Психиатрия и наркология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в Научно-клиническом исследовательском центре нейropsychиатрии Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы».

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор Костюк Георгий Петрович

Официальные оппоненты:

Александровский Юрий Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, лауреат Государственной премии РФ, руководитель отдела пограничной психиатрии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Курасов Евгений Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий клиникой психиатрии Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Ичитовкина Елена Геннадьевна – доктор медицинских наук, доцент, главный психиатр Министерства внутренних дел России, Управления медицинского обеспечения Департамента по материально-техническому и медицинскому обеспечению Министерства внутренних дел России

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Защита диссертации состоится 24 ноября 2026 г. в 12.00 ч. на заседании диссертационного совета ПДС 0300.031 по защите диссертации на соискание ученой степени доктора наук федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (ФГАОУ ВО РУДН) по адресу: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (адрес 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6) и на сайте университета: <https://www.rudn.ru/science/dissovets/dissertacionnye-sovety/pds-0300031>

Автореферат разослан «__» _____ 2026 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Данилин Иван Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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% [Норпен 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]. Наряду с характерными симптомами ПТСР, ветераны войн имеют сопутствующие психические нарушения [Kaufman M.L. et al., 2002; Perkonigg A. et al., 2000; Sampson L. et al., 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. et al., 2015]. Важной составляющей боевой психической патологии в отечественной психиатрии издавна считаются последствия полученной на фронте черепно-мозговой травмы [Гиляровский В.А., 1944, Снежневский А.В., 1947; Тимофеев Н.Н., 1945].

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 боевого 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; Comprean E., 2019; Feinstein A., 2002; Ivezić S., 2000; Kaufman M.L., 2002; Perkonigg A., 2000]. Описание отличных от ПТСР клинических форм последствий боевой психической травмы 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 состав, частота 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 частоту, состав, 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 анамnestические 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 структуре 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 predisпозиции 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 Локально-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.).

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.

Степень достоверности проведенного исследования обеспечивалась лично автором на протяжении всего исследования и достигалась путем проведения клинко-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 6 монографиях, 12 учебных и методических пособиях, 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 используются методологические подходы к организации психиатрической помощи, диагностике психических нарушений, медицинскому освидетельствованию ветеранов войн, военно-врачебной и медико-социальной экспертизе, а также лекарственной терапии.

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).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертационного исследования соответствуют паспорту научной специальности 3.1.17. «Психиатрия и наркология». Результаты исследования соответствуют заявленной области исследования специальности, а именно – пунктам 1-6, пункту 11, пунктам 13 и 14 паспорта специальности «Психиатрия и наркология».

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.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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.

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, 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 или госпиталей, 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 в таблице 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 1. Возраст обследованных участников и ветеранов боевых действий и обследованных из группы 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				

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-социальный. 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.

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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Стрессовые расстройства у ветеранов, получавших стационарное лечение в ближайшем и отдаленном периоде после участия в боевых действиях

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.

1-я группа признаков ПТСР – повторные переживания травмирующих событий (симптомы интрузии) в подавляющем большинстве случаев представляли собой сновидения, ожившие образные воспоминания и представления испытанного во время боевых действий. Феномены интрузии отмечались у 72,1% участников боевых действий. В момент обращения за помощью и первые дни лечения повторные переживания травматических событий отражались в мимике и вегетативно-сосудистых реакциях, но в течение 2-4 недель регулярного лечения утрачивали внешние проявления. Явления «флешбэк» с переживанием травматического события как наяву с видимыми его проявлениями, 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 СВО. Спустя длительный период после боевых действий феномены интрузии сохранялись в виде воспоминаний той или иной степени эмоциональной насыщенности и кошмаров и имели место в 21,1% наблюдений. При этом всего около 10% выборки ветеранов отмечали у себя значительный дистресс в связи с этими воспоминаниями.

2-я группа признаков ПТСР 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. Относительно частое выявление 2-й группы признаков (избегания) у участников боевых действий (37,1%), в сравнении с ветеранами в отдаленном периоде после прежних военных конфликтов (11,2%), может объясняться как реально большей тяжестью симптоматики ПТСР, так и ориентированностью в настоящее время врачей-психиатров на выявление симптомов ПТСР.

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 текущих боевых действий они обнаруживались в 57,1% случаев. Спустя месяцы и годы после боевой психической травмы реакции, связанные с ожиданием опасности, значительно уменьшались по частоте (до 5,2%), выраженности тревоги и страха, и лишь изредка сказываются на поведении. Причем они влияли на поступки, когда возникали в связи с реальными конфликтами и в алкогольном опьянении.

Образующая 4-ю группу признаков ПТСР, повышенная возбудимость у участников СВО наблюдались примерно с той же частотой (у 53,6%), что и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий (43,4%). 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 ($p = 0,001$, $OR = 4,016$), с контузиями ($p < 0,001$, $OR = 5,305$) и ранениями ($p = 0,026$, $OR = 2,150$). 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.

Образующая 5-ю группу признаков, психогенная амнезия в виде неспособности воспроизведения в памяти коротких эпизодов боя или иного связанного с войной травматического события отмечались у 7,1% участников текущих 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 демонстративным поведением ($p = 0,051$, $OR = 7,200$) и диссоциативными нарушениями ($p < 0,001$, $OR = 22,500$).

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 текущего вооруженного конфликта и значительно реже ($p < 0,001$) – 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 чаще всего у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий (у 29,5%). Не беря в расчет повышенной возбудимости, изменения личности у участников боевых действий представлены недоверием и настороженностью, обидчивостью, изменением системы ценностей, нетерпимостью к альтернативным взглядам, поляризацией оценок людей и ситуацией, обесцениванием всего, что не связано с военным опытом, потерей прежних интересов. Изначально имея явную сюжетную и последовательную связь с травматическими событиями, новые способы взаимодействия с окружающим со временем все чаще утрачивали непосредственную связь с боевыми стресс-факторами и отрывались от их контекста, распространялись на многие или все стороны отношений с другими людьми, показывая «самодвижение» психогенного развития личности. При этом формирующиеся изменения личности чаще всего имеют умеренную выраженность, укладываются в рамки «комбатантной акцентуации характера» (Лыткин В.М. и др., 2007; Шамрей В.К. и др., 2020). 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), соответствующее применяющемуся в англоязычной литературе понятию «полного ПТСР» (full PTSD), среди участников СВО отмечается в 38,5% имеющих диагноз ПТСР и 28,9% пациентов с симптомами ПТСР, а среди ветеранов в отдаленном периоде после прошлых военных конфликтов в 21,4% имеющих диагноз и у 3,8% всех, кто имел симптомы ПТСР. Высокая частота облигатных симптомов, обнаруживаемая 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 групп признаков – 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. В реальной практике, 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.

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 различными другими психическими нарушениями, в частности, с хронической тревогой и паническими приступами, депрессией и заторможенностью, соматоформными нарушениями (Таблицы 7 и 8).

Таблица 7. Сопряженность симптомов-признаков ПТСР и других психических расстройств у участников боевых действий

Психопатологические симптомы	Наличие любого симптома ПТСР (n = 101)		Симптомов ПТСР нет (n = 39)		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	-
Соматоформные нарушения (n = 22)	20	19,6	2	5,3	4,301	0,038	4,390
Эмоциональные нарушения (n = 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 (n = 72)	60	58,8	12	31,6	8,227	0,004	3,095
<i>Шизофрения, шизотипическое, др. бредовые расстройства (n = 23)</i>	8	7,8	16	42,1	22,881	< 0,001	0,117

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, включая случаи так называемого полного ПТСР, формулируется согласно преобладающей симптоматике 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 показывают статистически значимую сопряженность с эмоциональными нарушениями, в том числе тревогой и депрессией, с астенической симптоматикой, соматоформными нарушениями.

Таблица 8. Сопряженность симптомов ПТСР с факультативными психопатологическими симптомами у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий

Психопатологические симптомы	Наличие любого симптома ПТСР (n = 132)		Симптомов ПТСР нет (n = 119)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Невротические симптомы (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
Эмоциональные нарушения (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
Депрессивная симптоматика (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	-
Инертность (97)	60	45,5	37	31,1	5,444	0,020	1,847
<i>Шизофрения, шизотипическое, др. бредовые расстройства (15)</i>	4	3,0	11	9,2	4,300	0,038	0,307
<i>Алкогольная зависимость (103)</i>	44	33,3	59	49,6	6,827	0,009	0,508

Симптомы ПТСР у недавних участников боевых действий оказались связаны с паническими приступами и соматоформными расстройствами, но 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 СВО отмечались нечасто и показали прямую связь только с дисфорией, но в отдаленном периоде после боевых действий они выявлялись значительно чаще и были сопряжены 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 СВО 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.

Сравнительный анализ психических расстройств у участников текущих боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях

В изученных выборках недавних участников боевых действий и ветеранов, которые в более отдаленном прошлом принимали участие в военных конфликтах, обнаружены значимые различия частоты диагностики отдельных групп психических расстройств (Таблица 5).

Таблица 5. Разница частоты установленного диагноза у участников боевых действий и у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе.

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
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

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

У недавних участников боевых действий в три раза чаще ставился диагноз ПТСР, в пять раз реже диагностировались другие невротические расстройства и расстройства адаптации. При этом в ближайший период после 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.

Алкогольная зависимость, напротив, у недавних участников боевых действий диагностировалась в 2,7 раза реже, чем у ветеранов, в отдаленном прошлом принимавших участие в военных конфликтах. Наверное, на это повлияла ставшая более благополучной ситуация с потреблением алкоголя в российском обществе, а также вероятно то, что алкоголизм у ветеранов развивался обычно спустя много лет после войны.

Симптоматика ПТСР, все его основные диагностические признаки (интрузия, избегание, ожидание опасности) и их полное сочетание у участников боевых действий отмечались значительно чаще, чем у ветеранов давно прошедших военных конфликтов (Таблица 6). 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 6. Разница частоты симптомов стрессовых расстройств у участников СВО и у ветеранов - участников боевых действий в Афганистане и на Северном Кавказе (таблицы сопряженности).

Симптомы стрессовых расстройств	Участники боевых действий (n = 140)		Ветераны в отдаленном периоде (n = 251)		χ^2	p-value	OR
	f	%	f	%			
Какие-либо 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

Среди других, считающихся сопутствующими, психических нарушений у участников боевых действий значимо чаще фиксировались проявления тревоги ($p < 0,001$), тяжелая депрессия ($p < 0,001$), дисфория ($p = 0,005$), диссоциативные ($p < 0,001$) и соматоформные симптомы ($p = 0,045$), агрессивность ($p < 0,001$) и суицидальные попытки ($p = 0,005$), но реже –

проявления органических психических расстройств ($p < 0,001$) и признаки алкогольной зависимости ($p < 0,001$). Также в выборке участников СВО чаще случались суицидальные попытки и агрессивные действия.

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. Примером таких взаимных связей – ассоциации между патогенными факторами боевой обстановки и риск-факторами довоенного времени, которые прослеживались в анамнезе участников боевых действий (рисунок 1).

	Обстрелы	Участие в боях	Контузии	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																	
Ранение																	
Увечье																	
РБС на фронте																	
Госпитализация с ЛБС																	
Алкоголизация на фронте																	
Конфликты на службе																	
Установка на службу																	
Наследственная отягощенность																	
Психические расстройства до войны																	
Алкоголизация до войны																	
Наркотики до войны																	
ЧМТ до войны																	
Судимость																	
Психотравмы мирного времени																	

$p \geq 0,05$
 $p < 0,05, OR > 1$
 $p < 0,05, OR < 1$

Рисунок 1. Сопряженность патогенных факторов между собой у участников боевых действий

Факторы риска, выявлявшиеся у участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий, образуют две группы: 1) взаимосвязанные собственно боевые патогенные факторы, включающие участие в боях, артобстрелы и атаки дронов, ранения и

контузии, а также госпитализации с поля боя; 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.

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 (Таблица 9).

Таблица 9. 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	%			
Участие в боях (n = 108)	89	87,3	19	50,0	21,792	< 0,001	6,846
Артиллерия (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
РБС на фронте (n = 32)	31	30,4	1	2,6	12,100	0,001	16,155

Составляющие довоенной предрасположенности к развитию ПТСР отношения не имели. В частности, обратную связь с симптомами ПТСР показали наследственная отягощенность ($p = 0,013$; OR = 0,304), довоенная психическая ($p < 0,001$; OR = 0,212) и наркологическая патология ($p = 0,010$; OR = 0,316), судимость ($p = 0,002$; OR = 0,206).

В выборке участников боевых действий логистическая регрессия показала зависимости между отдельными облигатными симптомами ПТСР и учтенными факторами военного и мирного времени (Таблица 10).

В отдаленном периоде после боевых действий симптомы ПТСР ($p = 0,002$; OR = 2,400) и отдельно взятые явления интрузии ($p < 0,001$; OR = 3,593) и изменения личности ($p = 0,009$; OR = 2,107) показали значимую сопряженность с психотравмирующими ситуациями мирной жизни. В этой выборке модели логистической регрессии также выделяют стрессоры мирного времени в качестве предикторов симптомов ПТСР (Таблица 11).

Таблица 10. Анамнестические предикторы симптомов ПТСР у участников боевых действий (логистическая регрессия)

Патогенные факторы (независимые переменные)	Симптомы (зависимые переменные)						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	Симптомы ПТСР						
Участие в боях	12,418	< 0,001	8,151	0,671	< 0,001	0,667	80,7
РБС	5,512	0,019	15,255				
	Интрузия						
Участие в боях	6,359	0,012	5,252	0,640	< 0,001	0,869	80,0
Контузия	5,928	0,015	4,106				
РБС	3,964	0,046	6,014				
	Ожидание опасности						
Контузия	16,211	< 0,001	5,532	0,470	0,092	0,062	70,0
Психопатология до войны	10,721	< 0,001	0,282				
	Избегание						
Ранение	6,332	0,012	4,037	0,532	0,003	0,691	73,6
РБС	7,133	0,008	3,751				
Психотравмы мирного времени	6,919	0,009	14,237				
Психопатология до войны	4,480	0,035	0,402				
	Возбудимость						
Контузия	16,533	< 0,001	5,305	0,366	0,398	0,996	67,9
	Изменения личности						
Контузия	4,614	0,032	3,932	0,479	< 0,001	0,653	81,4
Психотравмы мирного времени	7,429	0,006	12,800				

W – статистика Вальда; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов; R²_N – коэффициент детерминации Найджелкерка; HL – тест Хосмера-Лемешева; % – процент правильно квалифицированных случаев.

Таблица 11. Анамнестические предикторы симптомов ПТСР у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий (логистическая регрессия)

Патогенные факторы (независимые переменные)	Симптомы (зависимые переменные)						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	Интрузия						
Психотравмы мирного времени	4,375	0,036	2,063	0,440	< 0,001	0,456	80,9
	Ожидание опасности						
Участие в боях	3,741	0,053	5,693	0,366	< 0,001	0,950	94,8
	Возбудимость						
Участие в боях	4,282	0,039	2,040	0,357	0,038	0,831	65,3
ЧМТ с мирное время	4,258	0,039	2,300				
	Изменения личности						
Участие в боях	14,022	< 0,001	4,445	0,450	< 0,001	0,967	74,9
Психотравмы мирного времени	4.917	0.027	2.085				

W – статистика Вальда; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов; R²_N – коэффициент детерминации Найджелкерка; HL – тест Хосмера-Лемешева; % – процент правильно квалифицированных случаев.

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 1) комплекс патогенных факторов боевой обстановки – есть главная детерминанта облигатных признаков ПТСР; 2) послевоенные психотравмирующие ситуации связаны с проявлением изменений личности и могут провоцировать обострение симптомов повторного переживания; 3) факторы довоенной психопатологической predisпозиции в возникновении этих симптомов имеют сугубо индивидуальное значение.

Анализ ассоциаций между психопатологической симптоматикой, которая не входит в критерии диагностики ПТСР, с неблагоприятными факторами показал, что большинство невротических и эмоциональных нарушений у ветеранов боевых действий в ближайшем периоде представляют собой такие же последствия боевого травматического стресса. Спустя длительный период времени сопутствующие ПТСР психопатологические симптомы ассоциированы, в основном, с психотравмирующими обстоятельствами мирной жизни.

В частности, диссоциативные нарушения, которые наблюдались в ближайшее время после боевых действий, показали прямую связь подтвержденными документами контузиями ($p = 0,006$; $OR = 3,894$) и перенесенными на фронте РБС ($p = 0,006$; $OR = 3,835$). Это подтверждает, что диссоциативные расстройства у участников боевых действий возникают в связи с мощной психической травмой, часто сочетающейся с минно-взрывной травмой головы, проявляются уже в боевой обстановке, и в последующем, будучи тесно связанными с драматическими чертами характера, закрепляются на основе условной желательности. В отдаленном периоде после войны диссоциативные нарушения показали прямую сопряженность с участием в боях ($p = 0,026$; $OR = 7,613$), ранениями ($p = 0,044$; $OR = 3,702$), увечьями ($p = 0,036$; $OR = 5,033$), пребыванием в плену ($p < 0,001$; $OR = 34,286$), а также с психотравмирующими ситуациями мирного времени ($p = 0,002$; $OR = 8,264$).

Соматоформные расстройства у участников боевых действий не показали значимых ассоциаций с факторами боевой обстановки, тогда как у ветеранов в отдаленном периоде оказались связанными с перенесенными РБС и пребыванием в плену у боевиков. Подобно диссоциативным нарушениям, соматоформные нарушения в отдаленном периоде показали прямую связь с психотравмирующими ситуациями мирного времени ($p < 0,001$; $OR = 5,206$).

Депрессия и тревога у участников боевых действий показали прямую сопряженность с перенесенными РБС ($p = 0,002$; $OR = 3,750$ и $p = 0,007$; $OR = 6,316$, соответственно) и отсутствие связи или обратную зависимость от составляющих довоенной predisпозиции. Связь депрессии и РБС дает основание рассматривать тревожно-депрессивные и депрессивные состояния у участников боевых действий как варианты реакций на травматический стресс,

часто принимающие затяжной характер и тяжелую степень выраженности. В отдаленном периоде после боевых действий для возникновения тревоги и депрессии важными оставались факторы боевой обстановки ($p = 0,007$; $OR = 1,993$) и присоединялись актуальные психотравмирующие ситуации мирного времени ($p < 0,001$; $OR = 3,382$).

Модели логистической регрессии в выборке участников боевых действий определили предиктором астенической симптоматики – перенесенные контузии; предикторами депрессии и тревожно-фобических нарушений – перенесенные на фронте РБС, которые оказываются первым проявлением развивающейся в последующем психической патологии (таблица 12).

Таблица 12. Анамнестические предикторы коморбидных психических расстройств у участников боевых действий (логистическая регрессия)

Патогенные факторы (независимые переменные)	Симптомы и синдромы (зависимые переменные)						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	Астеническая симптоматика						
Контузии	9,537	0,002	6,592	0,450	< 0,001	0,669	70,7
	Панические атаки						
РБС	4,013	0,045	3,815	0,267	< 0,001	0,947	92,9
	Депрессия						
Ранение	4,712	0,030	4,865	0,420	0,735	0,883	63,6
РБС	8,918	0,003	4,303				
	Тяжелая депрессия						
РБС	9,014	0,003	4,029	0,298	< 0,001	0,965	81,4
	Шизофрения и другие психозы						
Психические р-ва до войны	6,466	0,011	4,278	0,565	< 0,001	0,875	81,4
Эвакуация с передовой	4,362	0,037	3,363				

W – статистика Вальда; p-value – уровень значимости; OR – отношение шансов; R^2_N – коэффициент детерминации Найджелкерка; NL – тест Хосмера-Лемешева; % – процент правильно квалифицированных случаев.

Модели логистической регрессии, построенные в выборке ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий, определили в качестве предикторов соматоформных нарушений, хронической и приступообразной тревоги актуальные психотравмирующие ситуации мирного времени, предиктором ослабления памяти – полученные в мирное время ЧМТ, а для психотических расстройств – наследственную отягощенность (таблица 13).

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.

Таблица 13. Анамнестические предикторы коморбидных психических расстройств у ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий (логистическая регрессия)

Патогенные факторы (независимые переменные)	Симптомы и синдромы (зависимые переменные)						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	Панические атаки						
Психотравмирующая ситуация мирного времени	4,061	0,044	1,033	0,409	< 0,001	0,550	93,6
	Соматоформные нарушения						
Психотравмирующая ситуация мирного времени	9,532	0,002	5,013	0,430	< 0,001	0,244	91,2
	Демонстративное поведение						
Психотравмирующая ситуация мирного времени	8,514	0,004	5,188	0,373	< 0,001	0,315	92,8
	Тревога						
Психотравмирующая ситуация мирного времени	14,793	< 0,001	3,335	0,395	< 0,001	0,862	70,1
Участие в боях	4,305	0,038	2,216				
	Ослабление памяти						
ЧМТ, полученные в мирное время	4,054	0,044	2,249	0,391	< 0,001	0,626	72,5
Пребывание в плену	4,771	0,029	19,855				
	Шизофрения и другие психозы						
Наследственная отягощенность	14,318	< 0,001	31,775	0,713	< 0,001	0,925	95,6
РБС	9,262	0,002	30,442				

Среди когнитивных нарушений у участников боевых действий ослабление памяти оказалось сопряженным с контузиями на фронте ($p = 0,058$; $OR = 2,700$), ЧМТ до войны ($p = 0,008$; $OR = 4,044$), злоупотреблением алкоголем на фронте ($p = 0,050$; $OR = 3,424$). В отдаленном периоде после боевых действий нарушения памяти были напрямую ассоциированы с пребыванием в плену ($p = 0,059$; $OR = 6,750$), полученными на войне контузиями ($p = 0,036$; $OR = 1,776$) и увечьями ($p = 0,014$; $OR = 3,557$), полученными в мирное время ЧМТ ($p = 0,002$; $OR = 3,088$). Логистическая регрессия также выделила пребывание в плену и 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.

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.

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 2.

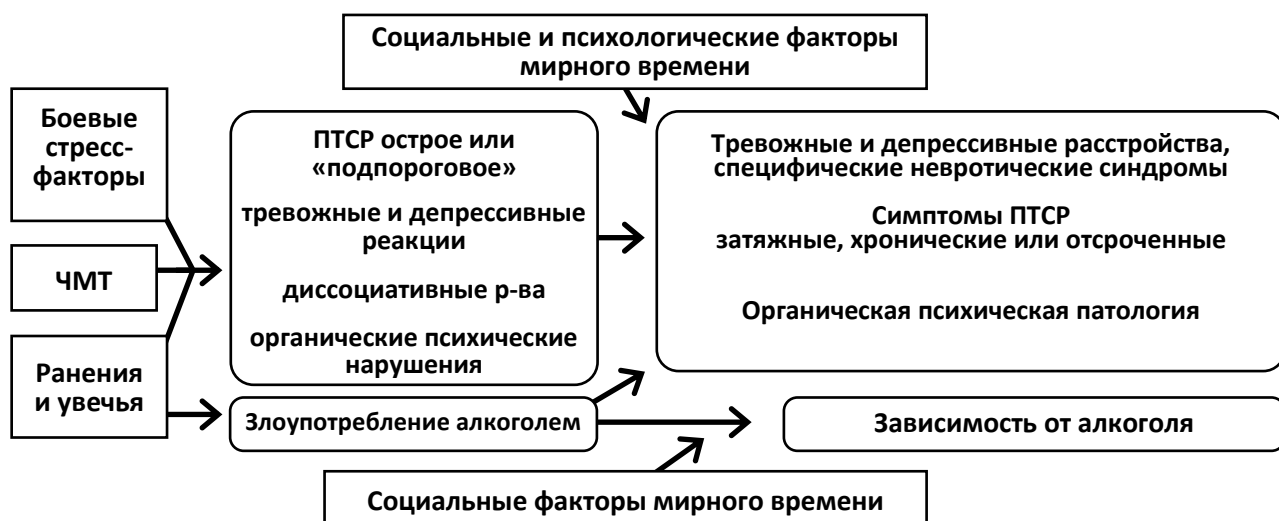


Рисунок 2. Механизмы развития психической патологии у ветеранов боевых действий

Суицидальные попытки и агрессивные действия

Суицидальные попытки и высказываемые намерения не показали надежной связи с факторами боевой обстановки и довоенной predisпозиции. Лишь суицидальные угрозы и демонстративные приготовления чаще отмечались у военнослужащих, которые переносили на фронте РБС ($p = 0,055$; $OR = 3,774$). Предпринятые недавними 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.

Проявление агрессии у участников боевых действий имело значимую связь с перенесенными в прошлом травмами головы ($p < 0,001$; $OR = 5,394$) и контузиями на фронте ($p = 0,050$; $OR = 2,111$), с довоенным употреблением наркотиков ($p = 0,004$; $OR = 3,531$) и алкоголизмом ($p = 0,025$; $OR = 3,321$), а также исходно высокой агрессивностью, на наличие

которой могут указывать довоенные судимости ($p < 0,001$; $OR = 5,943$). Логистическая регрессия показала, что предиктором агрессивности ветеранов в отдаленном периоде становятся их личный боевой опыт ($W = 4,578$; $p = 0,032$; $OR = 3,600$), а также пережитый в давнем прошлом вражеский плен ($W = 4,364$; $p = 0,037$; $OR = 22,142$), при общей надежности модели ($R^2 = 0,397$, $HL = 0,803$; 90,8%). 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 ($p = 0,014$; $OR = 2,631$), угрюмо-злым компонентом настроения ($p = 0,004$; $OR = 3,531$), психотическими симптомами ($p = 0,010$; $OR = 2,824$) и не свойственна тревожным и депрессивным нарушениям ($p = 0,001$; $OR = 0,277$ и $p = 0,001$; $OR = 0,286$, соответственно). Важным представляется также, что агрессивное поведение показывает прямую связь с положительной установкой на возвращение в часть, ведущую боевые действия ($p = 0,051$; $OR = 2,613$). Последнее подтверждает распространенную точку зрения, что успешной адаптации на войне, среди прочего, сопутствует готовность к проявлению агрессии.

Контузии: связь с другими патогенными факторами и психопатологические последствия

Перенесенные ветеранами 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 ($p < 0,001$; $OR = 5,768$), избегания всего, что о них напоминает ($p = 0,012$; $OR = 2,867$), ожидания опасности и повышенной реактивности на стимулы, ассоциированные с психической травмой ($p < 0,001$; $OR = 5,667$), повышенной возбудимостью ($p < 0,001$; $OR = 5,305$) и даже изменениями личности ($p = 0,019$; $OR = 3,613$). 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 ($p < 0,001$; $OR = 4,765$), а также с астенической симптоматикой ($p < 0,001$; $OR = 5,760$), дисфорией ($p = 0,030$; $OR = 3,763$), диссоциативными нарушениями ($p = 0,002$; $OR = 4,138$), эпизодами сурдомутизма в остром периоде после травмы ($p = 0,024$; $OR = 1,126$), нарушениями речи ($p = 0,011$; $OR = 5,789$), ослаблением памяти при патопсихологическом исследовании ($p = 0,047$; $OR = 4,500$).

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 военнотружущий 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 ($p = 0,012$; OR = 2,960). Опорными психопатологическими признаками этих расстройств становились наличие астении ($p < 0,001$; OR = 8,135), эмоциональной неустойчивости ($p = 0,047$; OR = 2,208), ослабления памяти ($p = 0,023$; OR = 3,276) и инертности мышления ($p = 0,005$; OR = 3,868).

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость

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.

Злоупотребление и зависимость от алкоголя показали связь с психическими расстройствами в давнем анамнезе ($p < 0,001$; OR = 6,466), довоенным алкоголизмом ($p < 0,001$) и употреблением наркотиков ($p = 0,001$; OR = 4,108), с черепно-мозговыми травмами ($p = 0,001$; OR = 4,214), 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 ($p < 0,001$).

Алкогольная зависимость у участников боевых действий и ветеранов в отдаленном периоде после военных конфликтов не имеет значимой связи с клиническими проявлениями

ПТСР и другими эмоциональными и невротическими расстройствами, но сопровождается различными осложнениями – ослаблением памяти ($p = 0,019$; $OR = 3,720$), снижением уровня мышления ($p < 0,001$; $OR = 25,250$) и делириозным синдромом ($p < 0,001$). 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 ($p < 0,001$) и во время боевых действий ($p = 0,030$). 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.

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.

Диагностика психических расстройств

В выборке участников боевых действий диагноз ПТСР ставился вне зависимости от наличия и состава его облигатных признаков. То есть, в основе диагностического выбора лежит не столько собственно набор симптомов ПТСР, как отсутствие других психопатологических проявлений. В отдаленном периоде после боевых действий предикторами установки диагноза ПТСР определены феномены интрузии и ожидания опасности (Таблица 14).

Диагноз невротического расстройства (расстройство приспособительных реакций) устанавливался недавним участникам боевых действий, когда в клинической картине были умеренно выражены симптомы ПТСР и, в частности, отсутствовали феномены ожидания опасности и гиперреактивности ($p = 0,041$; $OR = 0,139$), но имели место выраженные невротические симптомы, например, панические атаки ($p = 0,011$; $OR = 7,875$).

В отдаленном периоде после боевых действий невротическое расстройство (в том числе расстройство приспособительных реакций, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, тревожно-фобическое, соматоформное или конверсионное расстройство) диагностировалось при наличии симптомов ПТСР, когда наряду с ними выявлялись и доминировали в клинической картине другие симптомы невротического регистра: астенические нарушения ($p = 0,004$; $OR = 3,311$), легкая депрессия ($p < 0,001$; $OR = 3,573$), соматоформные ($p < 0,001$; $OR = 4,821$) и тревожно-фобические нарушения ($p < 0,001$; $OR = 5,908$), тревожная ипохондрия ($p = 0,028$; $OR = 2,289$), и не выявлялось когнитивных нарушений ($p < 0,001$) и признаков алкогольной зависимости ($p = 0,027$). При этом сравнение ветеранов и военнослужащих группы сравнения с установленным диагнозом невротического расстройства продемонстрировало, что они отличаются исключительно частотой симптомов-признаков ПТСР, представленность других нарушений невротического круга не имела значимых различий.

Логистическая регрессия предикторами диагностики невротических расстройств в отдаленном периоде после боевых действий определила наличие любой тревожной и невротической симптоматики, симптомов ожидания опасности, отсутствие в клинической картине признаков снижения памяти и инертности мышления, а также развитие болезненного состояния на фоне психотравмирующей ситуации мирного времени (таблица 14).

Установление диагноза невротического расстройства показало связь с наличием в анамнезе психотравмирующих ситуаций ($p < 0,001$; $OR = 8,763$), которые напрямую не были связаны с боевым прошлым. Среди таких провоцирующих обстоятельств у ветеранов чаще

всего отмечались тяготы военной службы 90-х и начала 2000-х годов, а также семейные неурядицы. Боевые стресс факторы чаще всего не находили отражения в сюжете актуальных эмоционально значимых переживаний ветеранов.

Психопатологические симптомы и патогенные факторы (независимые переменные)	Диагноз						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	ПТСР						
Интрузия	13,417	< 0,001	18,280	0,406	< 0,001	0,964	94,0
Ожидание опасности	9,490	0,002	10,165				
	F4 «Невротическое расстройство» (кроме ПТСР)						
Ожидание опасности	4,061	0,044	1,033	0,583	< 0,001	0,850	87,6
Невротические симптомы (астенические, соматоформные, диссоциативные и др.)	15,162	< 0,001	16,219				
Эмоциональные нарушения (тревожно-депрессивная с-ка)	9,804	0,002	5,291				
Ослабление памяти	8,836	0,003	0,038				
Инертность мышления	4,848	0,028	0,282				
Психотравмирующая ситуация мирного времени	17,902	< 0,001	6,702				
	Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга						
Астеническая симптоматика	3,527	0,060	2,574	0,627	< 0,001	0,044	87,3
Психоорганический синдром	23,466	< 0,001	8,089				
Контузии	51,883	< 0,001	37,670				
ЧМТ мирного времени	12,014	< 0,001	6,943				

У участников боевых действий логистической регрессией предикторами установки диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга определены в анамнезе контузии ($W = 5,588$; $p = 0,018$; $OR = 15,752$), в клинической картине – астеническая симптоматика ($W = 17,976$; $p < 0,001$; $OR = 8,878$), признаки психоорганического синдрома ($W = 17,976$; $p < 0,001$; $OR = 8,878$), диссоциативные нарушения ($W = 17,976$; $p <$

0,001; OR = 8,878), среди которых чаще всего отмечались явления «логоневроза» ($R^2_N = 0,645$; $p < 0,001$; HR = 0,993; 83,6%). У ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий логистическая регрессия предикторами диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга определила выявление в клинической картине астенической симптоматики и проявлений психоорганического синдрома, а в анамнезе – наличие ЧМТ мирного и военного времени.

Частое выявление стрессовых симптомов у пациентов, перенесших контузии и, в том числе, ветеранов с диагностированными органическими психическими расстройствами ($p = 0,031$; OR = 1,809), свидетельствует о сложном патогенезе и участии в их развитии и декомпенсации психогенных факторов. При этом среди условий, провоцирующих аффективные вспышки, важное место имеют ситуации, ассоциированные с травматическими событиями. С повышенной возбудимостью оказались связаны все случаи дисфории ($p = 0,009$) и агрессивного поведения ($p = 0,005$) ветеранов с органическими психическими расстройствами после ЧМТ.

Зависимость от алкоголя и у участников, и у ветеранов боевых действий диагностировалась в тех случаях, когда в картине употребления спиртных напитков имели место основные наркологические синдромы, но при этом отсутствовала значимая связь с симптомами ПТСР. При этом наличие или отсутствие других невротических или аффективных нарушений не влияли на диагностику алкогольной зависимости. В выборках участников боевых действий и ветеранов прошлых войн диагнозы группы F10.x не обнаружили связи ни с одним из стрессоров военного времени, однако имели сопряженность с частым употреблением алкоголя на фронте ($p < 0,001$) и в довоенное время ($p < 0,001$).

В отдаленном периоде после участия в боевых действиях модель логистической регрессии ($R^2_N = 0,838$; $p < 0,001$; HR = 0,996; 93,6%) клиническими предикторами установки диагноза зависимости от алкоголя и других психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, определила только наркологические симптомы – абстинентный синдром ($W = 6,277$; $p = 0,012$; OR = 21,275), повышенную толерантность ($W = 5,722$; $p = 0,017$; OR = 32,394), запойные приступы ($W = 4,053$; $p = 0,044$; OR = 6,771) и алкогольные изменения личности ($W = 18,111$; $p < 0,001$; OR = 44,252).

В результате анализа сопряженности широкого спектра психических нарушений у участников боевых действий с симптомами ПТСР обнаружилось, что вариативность их клинической картины определялись, в основном, наличием и составом факультативных психопатологических симптомов. Это позволяет в подгруппе ветеранов с симптомами ПТСР выделить следующие подвиды реакций на боевой травматический стресс:

1) комплекс преобладающих диссоциативных нарушений с демонстративным поведением и, как правило, отсутствием или незначительно выраженными симптомами-

признаками ПТСР выделяет обособленный подвид РБС 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) 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.

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. Примерная структура психических расстройств у ветеранов боевых действий представлена в приложении на рисунке 3.

Во многих случаях, когда невротическая или депрессивная симптоматика, проявления органической психической патологии возникли после воздействия боевого стресса, доминируют 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 – показывать связь психического расстройства с воздействием травматического стресса.



Рисунок 3. Психические расстройства в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий, лечение которых проводится в психиатрическом стационаре

Лечение психических расстройств у участников боевых действий

Психофармакотерапия участников боевых действий в психиатрическом стационаре исходила, в основном, из преобладавшей психопатологической симптоматики. Диагноз ПТСР не показал значимой связи с выбором каких-либо лекарственных средств. Обычно рекомендуемое при нем назначение антидепрессантов из группы СИОЗС оказалось сопряжено с самым широким спектром психических нарушений: диагнозом F43.2 «Расстройство приспособительных реакций» ($p = 0,003$; $OR = 13,611$), признаками ПТСР ($p = 0,003$; $OR = 4,838$), а также умеренной тревожной ($p = 0,010$; $OR = 12,290$) и депрессивной симптоматики ($p < 0,001$; $OR = 3,701$), других невротических симптомов, таких как панические атаки ($p = 0,027$; $OR = 4,071$), астенические ($p < 0,001$; $OR = 4,222$) и соматоформные нарушения ($p = 0,002$; $OR = 4,132$). СИОЗС не назначались больным с психотическими расстройствами и очень редко назначались пациентам, которые проявляли агрессию. Логистическая регрессия также показала,

что предикторами назначения СИОЗС становились наличие признаков ПТСР, какого-либо симптома или синдрома невротического круга (таблица 15).

Таблица 15. Предикторы назначения психофармакотерапии (логистическая регрессия)

Психопатологические симптомы (независимые переменные)	Лекарственные средства (зависимые переменные)						
	Оценка значимости связи			Характеристики модели			
	W	p	OR	R ² _N	p	HL	%
	Транквилизаторы						
Невротические симптомы	10,732	< 0,001	3,998	0,322	< 0,001	0,737	71,4
Демонстративное поведение	4,087	0,043	0,384				
	СИОЗС						
Симптомы ПТСР	5,108	0,024	3,770	0,387	< 0,001	0,525	70,7
Невротическая симптоматика	6,184	0,013	2,726				
	ТЦА						
Диагноз «Депрессивный эпизод»	13,996	< 0,001	9,317	0,591	< 0,001	0,724	87,9
Тяжелая депрессия	13,550	< 0,001	18,609				
	Нормотимики						
Повышенная возбудимость	3,883	0,049	2,241	0,463	0,007	0,324	71,4
Изменения личности	4,014	0,045	3,046				
Демонстративное поведение	12,079	< 0,001	5,605				
	АПП						
Агрессивное поведение	4,667	0,031	2,909	0,294	< 0,001	0,861	71,4
	АВП						
Тяжелая депрессия	10,940	< 0,001	8,667	0,322	< 0,001	0,567	80,0

Применение ТЦА оказалось связано с наличием выраженной депрессивной симптоматики ($p < 0,001$; $OR = 13,588$) и установленного диагноза депрессивного эпизода или рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) ($p < 0,001$; $OR = 17,885$), и крайне редко – при установленном диагнозе ПТСР и в случаях агрессивного поведения.

Миртазапин и ИОЗСН, по данным логистической регрессии назначались в случаях диагностированных аффективных расстройств, а по результатам анализа сопряженности – депрессивного эпизода или РДР ($p < 0,001$; $OR = 17,885$), при наличии симптомов ПТСР, в частности, интрузии ($p = 0,032$) и ожидания опасности ($p < 0,018$; $OR = 8,429$).

По данным логистической регрессии, назначение транквилизаторов происходило при наличии невротических симптомов ($W = 10,732$; $p < 0,001$; $OR = 3,998$) и не осуществлялось при выявлении истерической симптоматики ($W = 4,087$; $p = 0,043$; $OR = 0,384$), а по результатам анализа сопряженности, транквилизаторы назначались при наличии панических приступов ($p = 0,003$; $OR = 6,588$).

Логистическая регрессия предикторами назначения нормотимиков (в основном карбамазепина) определила демонстративное поведение ($W = 12,079$; $p < 0,001$; $OR = 5,605$), повышенная возбудимость ($W = 3,883$; $p = 0,049$; $OR = 2,241$), изменения личности ($W = 4,014$; $p = 0,045$; $OR = 3,046$), а анализ сопряженности – проявления дисфории ($p < 0,018$; $OR = 8,429$).

Антипсихотики первого поколения, согласно модели логистической регрессии и анализа сопряженности ($p = 0,015$; $OR = 3,180$), применялись при купировании агрессивного поведения. Антипсихотики второго поколения использовались в порядке аугментации антидепрессантов при лечении выраженной депрессии ($p = 0,036$; $OR = 2,614$).

При установленном диагнозе органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга назначения в целом исходили из психопатологического синдрома, и в большинстве случаев включали нормотимики ($p = 0,014$; $OR = 2,925$), нейрометаболические стимуляторы и церебропротекторы ($p < 0,018$; $OR = 10,449$).

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 ($p = 0,001$; $OR = 3,537$); 2) ТЦА и АВП ($p = 0,002$; $OR = 4,190$).

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 облигатными симптомами ПТСР.

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 в случаях, 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 их лечения, предложенные в соответствующих клинических рекомендациях.

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 самое 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-злобным 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 после боевых действий;
- ПТСР (F43.1), включающее изменения личности, диагностированное у 18,6% участников боевых действий и у 5,6% ветеранов в отдаленном периоде после боевых действий;
- 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 военнослужащего 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 мirtазапин 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.

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 ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в периодических изданиях, рекомендованных ВАК РФ

1. Литвинцев С.В. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в Вооруженных Силах России / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.М. Резник, А.С. Фадеев, А.Л. Арбузов, Г.А. Фастовцов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т.13. – № 2. – С. 68–72.
2. Литвинцев С.В. О состоянии психиатрической помощи в Вооруженных Силах РФ / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.С. Фадеев, А.М. Резник, А.Л. Арбузов // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 3. – С. 12–19.
3. 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.
4. Резник А.М. Особенности стресс-провоцированного суицидального поведения военнослужащих/А.М. Резник, Г.А. Фастовцов // Военно-медицинский журнал. – 2004. – Т. 325. – № 6. – С. 36–41.
5. Резник А.М. Особенности боевых стрессовых расстройств у ветеранов войн, совершивших агрессивные противоправные действия/ А.М. Резник, Г.А. Фастовцов, В.Г. Василевский, О.Ф. Савина // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328. – № 7. – С. 55–61.
6. Резник А.М. Боевые стресс-факторы в восприятии участников контртеррористической операции / Г.А. Фастовцов, А.М. Резник // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 69–72.
7. Резник А.М. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство и коморбидные психопатологические синдромы / А.М. Резник // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 328. – № 10. – С. 62.
8. Решетников В.А. Нейрофизиологические и морфологические проявления посттравматического стрессового расстройства (обзор литературы) / В.А. Решетников, А.М. Резник // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. – № 3. – С. 56–62.
9. Резник А.М. Психический стресс у участников боевых действий и его субъективное переживание / А.М. Резник // Военно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 329. – № 4. – С. 44–46.
10. Решетников В.А. Психотерапия боевого посттравматического стрессового расстройства (обзор клинических исследований) / В.А. Решетников, А.М. Резник // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330. – № 3. – С. 42–47.
11. Резник А.М. Психические расстройства в связи с травмой головного мозга у ветеранов локальных войн / А.М. Резник // Медицина катастроф. – 2009. – № 3 (67). – С. 17–19.

12. Резник А.М. Субъективная оценка военнослужащими условий и способов снижения боевого стресса / А.М. Резник // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 12. – С. 38–40.
13. Резник А.М. Психофармакотерапия ветеранов войн с посттравматическим стрессовым расстройством / А.М. Резник, Г.А. Фастовцов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 3. – С. 59–65.
14. Резник А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, проходивших лечение в психиатрическом стационаре / А.М. Резник // Медицина катастроф. – 2011. – № 1 (73). – С. 36–38.
15. Резник А.М. Шизофрения и бредовые расстройства у ветеранов локальных войн / А.М. Резник // Психиатрия. – 2013. – № 2 (58). – С. 38–43.
16. Фастовцов Г.А. Психиатрическая помощь военнослужащим Красной армии в годы Великой Отечественной войны: научный обзор / Г.А. Фастовцов, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник // Российский психиатрический журнал. – 2020. – № 2. – С. 10–21.
17. Резник А.М. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн / А.М. Резник, Т.С. Сюняков, Д.В. Щербаков, Ю.Л. Мартынюк // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120 (6). – С. 31–36.
18. Reznik A.M. Alcohol Addiction in War Veterans Treated in a In-patient Psychiatric Facility: Incidence, Comorbidity with PTSD Symptoms, Association with Combat Stressors / A.M. Reznik, T.S. Syunyakov, A.L. Arbuzov // Consortium Psychiatricum. – 2022. – Vol. 3. – N. 3. – P. 73–89.
19. Telesheva K. Potential Neurophysiological Markers of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Cross-Sectional Diagnostic Study / K. Telesheva, V. Savenkova, I. Morozova, A. Ochneva, A. Zeltser, D. Andreyuk, A. Reznik, V. Mukhin, G. Melkonian, K. Lytkina, A. Mitrofanov, A. Morozova // Consortium Psychiatricum. – 2024. – Vol. 5 (2). – P. 31–44.
20. Телешева К.Ю. ЭЭГ-маркеры посттравматического стрессового расстройства у комбатантов: исследование спонтанной электрической активности мозга и сенсорного дозирования информации / К.Ю. Телешева, В.И. Закуражная, И.О. Морозова, Д.А. Рябинина, А.Г. Очнева, А.И. Зельцер, К.А. Лыткина, Г.Г. Мелконян, Г.Р. Черепанцев, В.Н. Мухин, Д.С. Андреюк, А.М. Резник, Г.П. Костюк, А.А. Митрофанов, А.Ю. Морозова // Российский психиатрический журнал. – 2024. – № 6. – С. 44–57.
21. Рябинина Д.А. Анализ проблем диагностики боевого посттравматического стрессового расстройства в психиатрическом стационаре / Д.А. Рябинина, Я.А. Зоркина, А.М. Резник, А.Г. Очнева, В.И. Закуражная, А.М. Цурина, А.С. Чернов, А.М. Левин, А.С. Дмитриев, С.А. Дмитриева, А.В. Козырева, А.В. Каленкович, А.В. Егорова, О.В. Кучеренко, Г.П. Костюк, А.Ю. Морозова // Психиатрия. – 2025; – Т. 23 (2). – С. 19–31.

22. Riabinina D. Pathophysiological pathways of post-traumatic stress disorder in relation to traumatic brain injury: An observational cross-sectional study [Электронный ресурс] / A. Khamidova, O. Abramova, Y. Zorkina, A. Reznik, V. Mukhin, G. Cherepantsev, G. Melkonyan, K. Lytkina, O. Pavlova, V. Zakurazhnaya, V. Ushakova, I. Morozova, A. Ochneva, K. Pavlov, D. Andreyuk, G. Kostyuk, A. Morozova // *SAGE Open Med.* – 2025; – 13: 20503121251375865. Режим доступа: doi:10.1177/20503121251375865
23. Зоркина Я.А. Генетические варианты, ассоциированные с развитием стрессовых расстройств по данным GWAS / Я.А. Зоркина, Е.А. Голубева, О.И. Гурина, А.М. Резник, А.Ю. Морозова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2025. – Т. 125 (3). – С. 12–26.
24. Zorkina Y. Serum Cortisol and Interleukin-6 as Key Biomarkers for a Diagnostic Algorithm of Combat-Related PTSD [Электронный ресурс] / Y. Zorkina, A. Berdalin, O. Abramova, A. Reznik, V. Ushakova, V. Mukhin, D. Riabinina, A. Khamidova, O. Pavlova, K. Pavlov, E. Golubeva, A. Zeltser, G. Kostyuk, A. Morozova // *Brain Sciences.* – 2025; – Vol. 15 (12). – 1319. Режим доступа: <https://doi.org/10.3390/brainsci15121319>

Патенты и свидетельства о регистрации

25. Костюк Г.П. Программное средство для выявления реакций пациента на психотравмирующее воздействие в видеопотоке на основе применения глубоких нейросетевых моделей / Г.П. Костюк Г.П., А.Ю. Морозова, А.М. Резник, Д.С. Андреюк, А.Г. Очнева, В.И. Закурная, Д.И. Барсуков, В.В. Горбань, А.Н. Савиных. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ RU 2024668695, Оpubл. 09.08.2024, Бюл. № 8.
26. Костюк Г.П. Алгоритм определения степени выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства у пациентов с применением глубоких нейросетевых моделей / Г.П. Костюк Г.П., А.Ю. Морозова, А.М. Резник, Д.С. Андреюк, А.Г. Очнева, В.И. Закурная, Д.И. Барсуков, В.В. Горбань, А.Н. Савиных, В.С. Эминова Патент на промышленный образец RU 145630, Оpubл. 14.01.2025, Бюл. № 1.

Другие научные публикации

27. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма в локальном военном конфликте (вопросы клиники и организации психиатрической помощи): учебно-методическое пособие / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М., 2003. – 66 с.
28. Снедков Е.В. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи в локальном военном конфликте / Е.В. Снедков, С.В. Литвинцев, А.М. Резник // В книге: Психиатрия

- чрезвычайных ситуаций: руководство в 2-х томах. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. (ред.). – Т. 2. – М., 2004. – С. 237–282.
29. Тихоненко В.А. Стресс-провоцированное суицидальное поведение у военнослужащих: учебно-методическое пособие / В.А. Тихоненко, Г.А. Фастовцов, А.М. Резник. – М., 2004. – 50 с.
30. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма: руководство для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
31. Литвинцев С.В. История и современные принципы организации психиатрической помощи на войне: учебное пособие / С.В. Литвинцев, И.В. Синопальников, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М., 2005. – 66 с.
32. Фастовцов Г.А. Клинико-психопатологические предпосылки криминальной агрессии у ветеранов локальных войн / Г.А. Фастовцов, А.М. Резник, В.Г. Василевский, О.Ф. Савина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – № 3. – С. 20–25.
33. Литвинцев С.В. Современные подходы к лечению военнослужащих с реакциями боевого стресса/ С.В. Литвинцев, А.М. Резник // Медицина катастроф. – 2007. – № 2 (58). – С. 17–20.
34. Снедков Е.В. Реакции боевого стресса: учебное пособие / Е.В. Снедков, А.М. Резник, С.А. Трущелев. – М.: «Медкнига», 2007. – 272 с.
35. Резник А.М. Лекция 17. Факторы и механизмы развития боевой психической патологии / А.М. Резник // В книге: Избранные лекции по клинической, экстремальной и военной психиатрии: учебное пособие. Под ред. В.К. Шамрея. – М.: ООО «Пагри-Принт», 2007. – С. 351–362.
36. Резник А.М. Факторы и механизмы развития боевых стрессовых расстройств: учебное пособие / Резник А.М., Фастовцов Г.А., Мурин С.П. – М., 2009. – 22 с.
37. Резник А.М. Лекарственная терапия боевого посттравматического стрессового расстройства: учебно-методическое пособие / А.М. Резник, Г.А. Фастовцов, А.Л. Арбузов. – М., 2009. – 38 с.
38. Резник А.М. Боевые стрессовые расстройства (условия развития, патогенез, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи): учебно-методическое пособие / А.М. Резник. – М., 2010. – 185 с.
39. Снедков Е.В. Глава 17. Боевые стрессовые расстройства (условия развития, патогенез, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи) / Е.В. Снедков, А.М. Резник, С.В. Литвинцев // В книге: Психиатрия чрезвычайных ситуаций: руководство в 2-х томах. Под ред. З.И. Кекелидзе. – Т. 2. – М., 2011. – С. 130–186.
40. Литвинцев С.В. Боевые стрессовые расстройства (условия развития, патогенез, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи) / С.В. Литвинцев, Е.В.

- Снедков, А.М. Резник // В книге: Медицина чрезвычайных ситуаций. Организация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Инновации. Под ред. Р.А. Нигмедзянова, Л.А. Глазникова. – Т. 2. – Казань: 2015. – С. 194-319.
41. Резник А.М. Лекарственная терапия посттравматического стрессового расстройства у ветеранов войн: учебное пособие / А.М. Резник. – М.: МГУПП, 2017. – 33 с.
42. Резник А.М. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства у ветеранов локальных войн, получавших стационарное лечение / А.М. Резник, А.Л. Арбузов, С.П. Мурин // Медицинский вестник МВД. – 2018. – № 1. – С. 68–75.
43. Резник А.М. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов локальных войн: учебное пособие / А.М. Резник, С.В. Назимова, Э.Э. Мишуровский – М.: МГУПП, 2019. – 28 с.
44. Резник А.М. Психические расстройства в связи с травмой головного мозга у ветеранов локальных войн: учебное пособие / А.М. Резник, С.В. Назимова, Э.Э. Мишуровский. – М.: МГУПП, 2019. – 36 с.
45. Резник А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму / А.М. Резник // Health, Food & Biotechnology. – 2020. – Т.2 (1). –С. 11–23.
46. Резник А.М. Боевые стрессовые расстройства (условия развития и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): учебное пособие / А.М. Резник. – М.: МГУПП, 2022. – 172 с.
47. Резник А.М. Обзор исследований внешних факторов и генетических предпосылок боевого посттравматического стрессового расстройства / А.М. Резник // Вестник медицинского института непрерывного образования. – 2022. – № 4. – С. 46–54.
48. Резник А.М. Психические расстройства у участников и ветеранов боевых действий (условия и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): методические рекомендации / А.М. Резник, Г.П. Костюк. – М: «КДУ», «Доборсвет», 2023. – 176 с.
49. Литвинцев С.В. Психическая патология в экстремальных (включая боевые) условиях / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник // В книге: Медицина экстремальных состояний. Организация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация. Инновационные решения. Руководство в 2-х томах / Р.А. Нигмедзянов, Л.А. Глазников (ред.). – Т. 2. – Москва: Знание-М., 2023. – С. 255-410.
50. Караваева Т.А. 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>

51. Резник А.М. Злоупотребление алкоголем у ветеранов войн, получавших лечение в психиатрическом стационаре / А.М. Резник // Вестник Медицинского института непрерывного образования. – 2023. – Т. 3. – № 4. – С. 108–122.
52. Резник А.М. Методические рекомендации для комплексной диагностики психических расстройств, связанных с травмирующим стрессом: методические указания / А.М. Резник, Д.А. Рябинина, Я.А. Зоркина, О.В. Абрамова, В.М. Ушакова, А.Ю. Морозова, Г.П. Костюк. – М: ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2024. – 32 с.

АННОТАЦИЯ

Резник Александр Михайлович (Российская Федерация)

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

В диссертации исследованы клинические проявления, взаимные сочетания и факторы развития психических расстройств у участников и ветеранов боевых действий, получавших лечение в психиатрическом стационаре в ближайшем и отдаленном периоде после боевых действий. Основную выборку составил 391 пациент: 140 пациентов, госпитализированных в ближайшие 30 дней, и 251 ветеран, поступивший на лечение спустя шесть месяцев и более после участия в боевых действиях. Группу сравнения составили 125 военнослужащих и военных пенсионеров, не принимавших участия в боевых действиях. Используются данные клинического обследования и медицинской документации. Изучены взаимосвязи симптомов посттравматического стрессового расстройства, других психических нарушений и неблагоприятных факторов военного и мирного времени. Выделены клинические варианты психической патологии, проанализированы особенности диагностики и назначения психофармакотерапии. Разработана модель стационарной психиатрической помощи с дифференцированными подходами к диагностике и лечению, учитывающими преобладающую симптоматику и тяжесть психического расстройства.

ABSTRACT

Alexander Mikhailovich Reznik (Russian Federation)

Mental disorders in combat participants and veterans requiring treatment in a psychiatric hospital

The dissertation examines the clinical manifestations, co-occurrence and associated risk factors of mental disorders in combat participants and veterans receiving inpatient psychiatric care during the early and late post-combat periods. The study included 391 combat participants and veterans: 140 patients admitted within 30 days and 251 veterans admitted six months or more after combat participation. The comparison group comprised 125 servicemen and military retirees with no combat experience. Clinical assessments and medical records were analysed. Associations between post-traumatic stress disorder symptoms, other psychiatric manifestations and adverse wartime and peacetime factors were examined. Clinical patterns of mental disorders were identified, and diagnostic decisions and psychopharmacological prescribing patterns were analysed. A model of inpatient psychiatric care was developed, incorporating differentiated diagnostic and treatment approaches that take account of the predominant symptoms and the severity of the mental disorder.