

Посттравматическое стрессовое расстройство при боевых травмах: патогенез, клиника и прогноз

И.В. Доровских¹, А.С. Заковряшин², Т.А. Павлова³

¹ ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

² ФГКУ «1586-й военный клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации, Московская область, Подольск, Россия

³ Клиника персональной медицины La Salute, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Представлены научные взгляды на формирование и клиническую динамику посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), развивающегося при боевых психических травмах, а также современные данные о его распространенности и критериях диагностики. Приведены результаты собственного исследования, в котором обследованы 84 военнослужащих с острыми психогенными расстройствами, развившимися в условиях боевых действий. Психические расстройства у данной группы пациентов чаще всего относились к невротическому уровню психической патологии. Выделены следующие клинические варианты острых психогенных расстройств при боевой психической травме: с преобладанием поведенческих нарушений – 57,0 %; невротической симптоматики – 41,7 %; психотических расстройств – 1,3 %. Описана математическая модель прогнозирования отдаленных последствий острых стрессовых расстройств, а также нарушений адаптации и острых стрессовых расстройств в виде ПТСР с использованием ряда логико-статистических методов. Подробно описаны статистически значимые ($p < 0,001$) клинические варианты острого периода и отдаленных стадий боевой психической травмы, позволяющие прогнозировать благоприятный и неблагоприятный ее исходы. Выделены клинические симптомы острого периода боевой травмы, которые являются предикторами неблагоприятного исхода, а именно: высокий уровень личностной тревожности, аффективная напряженность, импульсивность, депрессивная симптоматика с преобладанием апатии. Показана важность субъективной оценки состояния пациента для прогноза отдаленных последствий боевой психической травмы и формирования затяжного ПТСР.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая психическая травма, клиническая диагностика, прогноз отдаленных последствий травмы

КОНТАКТЫ: Доровских Игорь Владимирович, ig.dorovskih@yandex.ru
Павлова Татьяна Алексеевна, pava-6@yandex.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Доровских И.В., Заковряшин А.С., Павлова Т.А. Посттравматическое стрессовое расстройство при боевых травмах: патогенез, клиника и прогноз // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С. 25–31. – DOI: 10.21265/PSYPH.2022.93.56.003

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Post-Traumatic Stress Disorder in Combat Injuries: Pathogenesis, Clinic and Prognosis

I.V. Dorovskikh¹, A.S. Zakovryashin², T.A. Pavlova³

¹ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

² FSCI "1586 military clinical hospital" of the Ministry of Defence of the Russian Federation, Moscow region, Podolsk, Russia

³ La Salute Personal Medicine Clinic, Moscow, Russia

SUMMARY

This article presents scientific views on the formation and clinical dynamics of post-traumatic stress disorder (PTSD) developing during combat mental injuries, as well as current data on its prevalence and diagnostic criteria. The results of our own research are presented, in which 84 servicemen with acute psychogenic disorders developed in combat conditions were examined. Mental disorders in this group of patients most often referred to the neurotic level of mental pathology. The following clinical variants of acute psychogenic disorders in combat mental trauma were identified: with a predominance of behavioral disorders – 57.0%; neurotic symptoms – 41.7 %; psychotic disorders – 1.3 %. A mathematical model for predicting the long-term consequences of acute stress disorders and adaptation disorders and acute stress disorders in the form of PTSD using a number of logical and statistical methods is described. Statistically significant ($p < 0.001$) clinical variants of the acute period and remote stages of combat mental trauma are described in detail, allowing predicting favorable and unfavorable outcomes. The clinical symptoms of the acute period of combat trauma are identified, which are predictors of an unfavorable outcome, namely: a high level of personal anxiety, affective tension, impulsivity, depressive symptoms with a predominance of apathy. The importance of subjective assessment of patients' condition for the prognosis of long-term consequences of combat mental trauma and the formation of prolonged PTSD is shown.

KEY WORDS: post-traumatic stress disorder, combat mental trauma, clinical diagnosis, prognosis of long-term consequences of injury

CONTACTS: Dorovskikh Igor Vladimirovich, ig.dorovskih@yandex.ru
Pavlova Tatiana Alekseevna, pava-6@yandex.ru

CITATION: Dorovskikh I.V.¹, Zakovryashin A.S.², Pavlova T.A.³ Post-Traumatic Stress Disorder in Combat Injuries: Pathogenesis, Clinic and Prognosis // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. – 2022. – No. 3. – Pp. 25–31. – DOI: 10.21265/PSYPH.2022.93.56.003 [in Russian]

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

Введение

Психические расстройства, развивающиеся в условиях боевых действий, всегда были и остаются актуальной проблемой психиатрии. В ходе определенных исторических событий эта группа расстройств доказала свое право на существование, но во многом до сих пор не имеет единой терминологии и четких диагностических границ, однозначных методологических подходов, критериев для прогнозирования их развития и отдаленных последствий. Несомненно, все это делает крайне актуальными исследования по изучению как начальных проявлений боевых психических травм, так и патогенетических механизмов перехода от психологических реакций дезадаптации, не достигающих уровня нозологии, к невротическим реакциям с определенной клинической картиной, которые при наличии ряда факторов (преморбидно личностные особенности, условия среды и т. д.) через некоторое время могут трансформироваться в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

Механизмы перехода от разнообразных психических расстройств невротического уровня, а порой и психотического уровня, в единую клинически очерченную диагностическую категорию все еще недостаточно изучены [1–3]. Рост численности людей, перенесших психическую травму вследствие пребывания в зоне локальных вооруженных конфликтов, стихийных бедствий, экологических и техногенных катастроф, является неоспоримым фактом как прошлых лет, так и современности [4, 5]. Реакция на стресс достигает диагностических критериев у 5–80 % лиц, перенесших катастрофические события. Клинические проявления и динамика этих расстройств зависят от многих факторов, в первую очередь от интенсивности и продолжительности психотравмирующего воздействия, адаптационных личностных ресурсов, медико-социальной системы реабилитации. Катamnестические исследования показывают, что около 30 % пациентов выздоравливают полностью, у 40 % сохраняются отдельные болезненные симптомы, а у 30 % больных состояние на протяжении многих лет не улучшается или имеет место утяжеление болезненных расстройств со стойкой социальной дезадаптацией [6]. На сегодняшний день природные и антропогенные катастрофы, «социогенные» события, ухудшение экологической ситуации способствуют многофакторности, полигенности и полиморфности ПТСР, что диктует необходимость его дальнейшего изучения и систематизации [7]. В свою очередь, ПТСР, развивающийся при боевой травме, актуальной ныне, – это и психическая, и физическая, и моральная травма, затрагивающая личностно-психологические основы человека, его социальную и биологическую сущность, а манифестация его клинических проявлений зачастую происходит спустя месяцы и даже годы после возвращения к мирной жизни [8].

Последние десятилетия ознаменовались масштабными вооруженными конфликтами, в том числе затяжными и продолжающимися до настоящего времени (конфликты в Ливии, Сирии, на Украине). Они

сопряжены не только с психической травматизацией участников боевых действий, но и с многомиллионными миграционными потоками беженцев, в корне меняющих свой уклад жизни; хронической травматизацией людей, проживающих в зоне данных конфликтов, и мирного населения многих стран. Трудности прогнозирования отдаленных последствий этих расстройств, выделяемых в классификациях МКБ-10 и МКБ-11 как ПТСР, обуславливают актуальность научных исследований, направленных на изучение механизмов формирования таких последствий и выявление факторов, ухудшающих их прогноз.

ПТСР как нозологическая категория, было впервые официально выделено в 1980 г. Американской психиатрической ассоциацией, а в 1986 г. внесено в DSM-3-R, где находилось в классе тревожных расстройств. К 1994 г. концепция ПТСР получила уже международное признание. В МКБ 10-го пересмотра (1994) в отдельные рубрики выделены F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации» (сюда входят «Острая реакция на стресс» и «Посттравматическое стрессовое расстройство») и F62.0 «Хронические изменения личности после переживания катастрофы». В 1995 г. в США утверждена четвертая редакция DSM-4, в которой в качестве психотравмирующих указаны любые ситуации, не обязательно «выходящие за рамки обычного человеческого опыта» (в которых человек участвовал сам либо являлся их свидетелем), если они сопряжены с реальным риском смерти, получением тяжелых травм или страданиями окружающих людей и при этом участник травматического события (ТС) испытывал чувство ужаса, выраженного страха или беспомощности [9]. Согласно современным представлениям и классификации DSM-5 (2013), острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройства вынесены за пределы группы тревожных расстройств и включены в новый класс «Расстройства, связанные с травмой и стрессом». Согласно данной классификации, для постановки диагноза ПТСР взрослые, подростки и дети старше 6 лет, пережившие угрожающую их жизни ситуацию, тяжелую физическую травму, ситуацию вероятного возникновения тяжелой травмы или сексуального насилия, должны отвечать следующим критериям: наличие симптомов навязчивого повторного переживания травмирующего события, избегание всего, что связано с травмирующим событием; изменение эмоционального фона и когнитивных функций (которые не проявлялись до полученной травмы), измененная реактивность нервной системы (раздражительность, агрессия, аутоагрессия). Предполагается, что данная симптоматика беспокоит пациента не менее месяца и приводит к его социально-трудовой дезадаптации [10].

По критериям Международной классификации болезней 11-го пересмотра, проявления ПТСР подразделены на несколько основных групп и включают в себя навязчивые повторные переживания травмирующей ситуации, избегание воспоминаний и ситуаций, связанных с данным событием; субъективное чувство постоянной опасности, настороженность и пугливость. Помимо этого впервые выделено такое понятие, как «сложное посттравматическое

стрессовое расстройство» (complex post-traumatic stress disorder). Сложное ПТСР также характеризуется тремя основными группами симптомов, но наряду с нарушениями регуляции эмоций, идентичности и взаимоотношений пациент обесценивает себя. Лица со сложным ПТСР обычно подвергаются длительному или многократному воздействию травм, таких как жестокое обращение в детстве и насилие в семье или сообществе, не могут выйти из сложившейся травмирующей ситуации. Сложное ПТСР характерно, например, для военнопленных, лиц, находящихся в зоне длительного вооруженного конфликта; узников концлагерей, заложников или лиц, оказавшихся в рабстве. Распространенность этого расстройства в популяции составляет 1–8 %, а у госпитализированных в лечебные психиатрические учреждения – до 50 % всех пациентов с невротическими расстройствами [11].

ПТСР – это возможное психопатологическое последствие воздействия ТС, которое угрожает психологической и/или физической целостности человека [12, 13]. Кроме того, ПТСР ассоциируется с более высоким риском самоубийства и суицидальных мыслей [14, 15], а также с другими негативными клиническими исходами, такими как постоянная посттравматическая головная боль [16] и невропатии [17]. В США подсчитано, что более 80 % населения в какой-то момент подвергнется ТС и что более чем у 8 % этих лиц впоследствии разовьется ПТСР. С точки зрения клинического течения и симптоматики, ПТСР является гетерогенным состоянием, что создает трудности для оценки его распространенности. Большое разнообразие ТС может вызвать ПТСР, тип ТС может влиять на клиническое течение расстройства (например, немедленное или отсроченное начало, хроническое или острое течение) [18, 19].

Изучение воздействия на психофизиологию человека экстремальных стрессовых ситуаций способствует как разработке подходов к профилактике стрессовых расстройств, так и оказанию адекватной терапевтической помощи и проведению успешной социально-психологической реабилитации у пациентов в случае их развития. Психогенное влияние различных экстремальных условий на человека складывается из непосредственной угрозы для его жизни и здоровья, а также опосредованной угрозы, связанной с ожиданием ее реализации [20]. К «глобальным» психотравмирующим ситуациям относят, например, межнациональные конфликты и военные действия, различные природные и техногенные катастрофы. Так, при изучении последствий ядерной бомбардировки Хиросимы и Нагасаки было установлено, что психические расстройства отмечались у всех выживших [21].

Война как психотравмирующий фактор объединяет почти все патогенные воздействия на человека, присущие стихийным бедствиям и катастрофам, наносит огромный физический, психологический, духовный и социально-экономический ущерб. В отечественной психиатрии еще в конце 30-х годов прошлого века некоторые авторы описывали последствия воздействия войны на психику человека под различными терминами: «военный психоз», «травматиче-

ский невроз», «компенсационный невроз», «травматическая истерия», «невроз желания» [22].

О распространенности ПТСР, сопряженного с боевой травмой, свидетельствуют следующие данные. Например, в США создана Американская ассоциация по делам ветеранов войны во Вьетнаме. В 1988 г. правительство США впервые официально признало, что полмиллиона вьетнамских ветеранов (это 15 % их общего числа) страдают достаточно серьезными, требующими лечения психическими расстройствами, причиной которых является их участие в боевых действиях [22]. К началу 90-х годов, по статистическим данным, около 100 тысяч вьетнамских ветеранов покончили жизнь самоубийством, а около 40 тысяч ведут замкнутый образ жизни [22]. Изучение психологических и психиатрических особенностей формирования и динамики нервно-психических расстройств у участников Вьетнамской войны сыграло большую роль в определении диагностических критериев ПТСР. Хронические стрессовые расстройства у участников военных конфликтов стали рассматриваться как закономерное следствие их участия в боевых действиях и получили названия «боевого стресса» и «боевой психической травмы». Аналогичные проявления стрессовых расстройств наблюдались как у ветеранов войны в Афганистане (длительная 10 лет), так и у участников боевых действий в Чеченской Республике. По данным тех же авторов, у большого числа участников этих войн отмечались значительные затруднения реинтеграции в «мирное» общество, связанные с их индивидуальным психическим постстрессовым состоянием, негативно влияющим на социально-бытовую и профессиональную адаптацию [22].

По последним данным, в США среди гражданских лиц точечная распространенность ПТСР варьировалась в диапазоне от 8,0 до 56,7 %, однолетняя распространенность – от 2,3 до 9,1 %, а пожизненная распространенность – от 3,4 до 26,9 %. Среди военнослужащих распространенность варьировалась в диапазоне от 1,2 до 87,5 %, распространенность в течение одного года – от 6,7 до 50,2 %, а распространенность в течение всей жизни – от 7,7 до 17,0 % [23]. Распространенность была более высокой в субпопуляциях, включая сотрудников служб экстренного реагирования, беженцев, лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ); лиц с попыткой самоубийства в анамнезе, трансгендерных лиц и женщин с сексуальной травмой. Женский пол, более низкий доход, более молодой возраст и поведенческие расстройства были определены как факторы риска развития ПТСР [23].

Риск возникновения и характер развития ПТСР, его выраженность и клиническая картина зависят от целого ряда факторов [22], а именно:

- 1) вида и особенностей травмирующей ситуации (выраженность, неожиданность возникновения, продолжительность действия стрессовых факторов);
- 2) готовности людей к осуществлению своей деятельности в экстремальных условиях, которая зависит от их личностных черт, уровня психологической и профессиональной устойчивости, физической подготовки и других факторов;

3) правильной организации деятельности в экстремальной ситуации;

4) быстрой и адекватной социально-психологической помощи лицам, пережившим психотравмирующую ситуацию.

Люди, перенесшие психотравмы, нуждаются в хорошо спланированных реабилитационных мероприятиях. Диагноз ПТСР в ряде зарубежных стран может быть основанием для оказания социальной помощи, получения различных компенсаций и льгот, подачи судебных исков и т. д.

В научной литературе отмечается патоморфоз психогенных расстройств военного времени с превалированием не классических форм острых реактивных состояний и психозов, а расстройств доболезненного уровня, преимущественно дисгармоничных психологических реакций, соматовегетативных нарушений и развития аддикций без формирования синдрома зависимости [24]. Под дисгармоничными реакциями при боевом стрессе имеются в виду психологические реакции с клинической картиной разнообразных и меняющихся моторных, аффективных и психовегетативных симптомов эмоционального напряжения: тревога, подавленность, раздражительность, агрессивность, отчаяние, замкнутость, гиперактивность, истерические и другие изменения поведения, зачастую развивающиеся на фоне транзиторного сужения сознания. В отличие от болезненных психопатологических нарушений, проявления доболезненных психологических реакций крайне изменчивы, быстротечны, не очерчены определенными синдромами. Анализ структуры психических расстройств военнослужащих, участвовавших в Афганской военной кампании, продемонстрировал, что психогенные реакции, не достигавшие уровня заболевания, но, тем не менее, попавшие в поле зрения психиатров, демонстрировали до трети всех пациентов психиатрического профиля [2]:

1) донозологический уровень психогенных реакций – 31 %;

2) патологические психогенные расстройства – 69 %, из них:

а) непсихотические реакции – 97,2 %: невротические – 40,9 %; острые аффективные – 29,8 %; патохарактерологические – 26,5 %;

б) реактивные психозы – 2,8 %.

Ю.А. Александровский к доболезненному уровню расстройств относит «непатологические психоэмоциональные реакции», которые напрямую зависят от психотравмирующей ситуации, кратковременны, не сопровождаются утратой работоспособности и критики к состоянию. Патологические психогенные реакции и расстройства, напротив, характеризуются полиморфностью симптоматики, снижением способности к целенаправленным действиям и снижением критики, а также потерей боеспособности и профессиональной дезадаптацией [20].

Когда военнослужащие проходят этап медицинской эвакуации, психогенные реакции, связанные с боевой травмой, в 64,8 % случаев разрешаются литически, в 2,3 % случаев – затяжным течением, в 32,9 % случаев – субкомпенсацией [2]. Впоследствии именно затяжные и субкомпенсированные

расстройства характеризуются «переходом» в ПТСР, симптомы которого имеют наибольшую выраженность в период от 3 до 6 месяцев после окончания действия стрессового фактора. Существуют случаи развития отставленного во времени ПТСР, когда вслед за острым периодом боевой травмы не наблюдается каких-либо клинических проявлений расстройства [25]. Около 30 % пациентов с ПТСР компенсируются в период от 1 года до 3 лет, примерно у 40–60 % сохраняются умеренные или легкие нарушения, а у 10–20 % расстройство переходит в тяжелые хронические формы [6].

Вместе с тем обширные клинические проявления расстройств, развивающихся в результате военных действий, не всегда однозначно укладываются в диагностические критерии ПТСР. Разнообразные подходы как в клинко-диагностическом, так и в методологическом плане существенно затрудняют обозначение четких границ между отдельными психопатологическими категориями и последующий сравнительный анализ структуры заболеваемости. Проводя анализ похожей в феноменологическом смысле структуры психогений военного времени, некоторые авторы выделяют следующие систематические оси:

- психологическая реакция адаптации – невротическая реакция – невротическое состояние – комбинантная акцентуация [26];
- патохарактерологическая реакция [3, 27];
- невротическое (патохарактерологическое) развитие личности [28];
- невроз – патохарактерологическая реакция – психопатия [1];
- невротическая реакция – невротическое состояние – посттравматическое стрессовое расстройство – стойкие психопатоподобные изменения личности [29].

В собственном исследовании авторы наблюдали 84 военнослужащих с острыми психогенными расстройствами, развившимися в условиях боевых действий [30, 31]. Согласно результатам проведенного анализа, психические расстройства у военнослужащих по призыву, находящихся в регионах вооруженных конфликтов, чаще всего относились к невротическому уровню психической патологии. Эти расстройства, учитывая особенности вида боевого стресса, субъективного содержания психической травмы, развития клинической картины и отдаленных последствий, авторы рассматривали в структуре расстройств адаптации и реакций на тяжелый стресс. С целью улучшения качества их прогноза выделяли следующие клинические варианты острых психогенных расстройств при боевой психической травме: с преобладанием поведенческих нарушений – 57,0 %; невротической симптоматики – 41,7 %; психотических расстройств – 1,3 %.

В прогностическом плане наиболее благоприятными оказались острые психогенные расстройства с астено- и истеро-невротическими реакциями. Они отличались когнитивной установкой пациента на активную переработку психотравмы и дальнейшую успешную адаптацию с общественно ориентированной моделью поведения. Расстройства с преобла-

данием в структуре тревожно-депрессивных симптомов имели менее благоприятный прогноз из-за включения механизмов невротического конфликта, сопровождавшихся склонностью к пассивной стратегии преодоления стресса, фиксацией на негативных переживаниях и их внутренней направленностью.

Выявлено, что острые психогенные расстройства, развившиеся в условиях боевой травмы, имели определенные закономерности развития. Данный факт указывает на необходимость более глубокого изучения этих расстройств с учетом единых патогенетических механизмов. Можно выделить общие этапы формирования этой группы расстройств:

- 1) **психологические реакции донозологического уровня;**
- 2) **субклинический уровень простой астенической симптоматики;**
- 3) **невротический уровень с возможностью выделить синдромы расстройств;**
- 4) **этап усугубляющегося аффективного напряжения с его реализацией в поведенческих нарушениях;**
- 5) **кульминационную разрядку аффекта с экстра- или интрапунитивной направленностью;**
- 6) **этап неустойчивого напряженного аффекта и аффектогенной дезинтеграции личности с формированием механизма патологической адаптации;**
- 7) **компенсацию или субкомпенсацию психических расстройств в результате прекращения воздействия стресса и проведения терапии.**

Психогенные расстройства с преимущественно поведенческими нарушениями по патогенетическим характеристикам и клиническим особенностям похожи на патологические характерологические реакции. Тем не менее их малая дифференцированность, вариабельность, преобладание неспецифических симптомов аффективной неустойчивости и протестного поведения, отсутствие сформированных психопатических личностных черт, при этом наличие признаков, удовлетворяющих критериям экстремальной психогении, демонстрируют их обособленность и не дают возможность расценивать как вариант патологического характерологического развития или краевой психопатии. Искажение невротического конфликта фактором патологически измененной личностной почвы привело к неблагоприятному исходу во всех наблюдениях.

С учетом многофакторного воздействия на военнослужащего, целого ряда особенностей военной обстановки, напряженности внутреннего психического конфликта без его глубокой переработки, выраженной эмоциональной лабильностью, не представилось возможным оценить психическое состояние и дать отдаленное прогностическое заключение при одномоментном полном обследовании военнослужащих. Лишь дальнейшая оценка расстройств в динамике могла позволить оценить итоги взаимодействия индивидуального внутриличностного конфликта и воздействия психогенных факторов боевой обстановки. Для обработки полученных данных использовались логико-статистический метод, алгоритмы поиска и статистической верификации оптимальных разбиений в многомерном пространстве признаков, алго-

ритмы распознавания, вошедшие в разработанную в Вычислительном центре РАН систему «РАСПОЗНАВАНИЕ», а также программа поиска множественных конъюнкций признаков [32, 33].

Данные методы позволили выделить статистически значимые ($p < 0,001$) симптомокомплексы с благоприятными и неблагоприятными исходами как острого, так и отдаленного периодов боевой психической травмы. Предикторами неблагоприятного исхода острого периода боевой психической травмы являлись большая выраженность расстройств эмоциональной сферы, которые оставались стойкими на протяжении всего исследования, высокие показатели напряженного лабильного аффекта, депрессии, тревожности, ригидности; максимально выраженная субъективно неприемлемая оценка ситуации с пассивным отказом от трудностей. Эти личностные особенности определяли в итоге регрессивный или дезадаптивный типы приспособительного поведения. Прогностически благоприятными оказались реактивные состояния с астено-невротическими и истеро-невротическими реакциями, которые характеризовались когнитивной установкой на активную переработку проблем и эффективное приспособление с социоцентрической моделью поведения.

Через 2–4 года нами было проведено катamnестическое обследование с помощью опросника, который включал 55 вопросов, отражающих характеристики перенесенного стресса, а также проявления ПТСР. Сохранение прогностической значимости признаков через 2–4 года после проведенного исследования позволяет сделать важные выводы. Так, большинство признаков были получены путем самооценки военнослужащими своего психического состояния. Следовательно, субъективная оценка острого периода психогенного расстройства, возникшего в боевой обстановке, может иметь отдаленное прогностическое значение. Критерии самооценки психического состояния отличались от клинических и были более информативны для дальнейшего прогноза отдаленных последствий боевой психической травмы.

Выявленные факторы самооценки определенным образом характеризуют группу пациентов с затяжным течением ПТСР, а именно: высокий уровень личностной тревожности, депрессивные тенденции со снижением энергетического потенциала, аффективная лабильность с импульсивностью, реализацией эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, предпосылками к вытеснению факторов, вызывающих тревогу. Безусловно, данные личностные особенности нужно расценивать как предикторы затяжного течения ПТСР. Сочетание этих признаков в остром периоде боевой психической травмы определяет терапевтическую и реабилитационную тактику, использование препаратов с антидепрессивным, седативным и анксиолитическим эффектами с одновременным применением психотерапевтических личностно-ориентированных техник [34].

Вследствие выраженного эмоционального напряжения, изменяющейся в экстремальных условиях личностной самооценки могут меняться и показатели условной «нормы», рекомендуемые создателями различных тестовых методик. Границы

разделения проявлений в группах с компенсацией и субкомпенсацией психогенных болезненных расстройств оказались смещенными в сторону условной «патологии», что обязательно следует учитывать при проведении индивидуальных или скрининговых исследований в условиях экстремального психологического стресса.

Превалирование в клинической картине психогенных расстройств, развивающихся в условиях военной обстановки, поведенческих нарушений, тревожно-депрессивных симптомов, аффективной лабильности с импульсивностью, деструктивных или регрессивных стратегий психологической защиты, по данным нашего исследования, необходимо рассматривать как безусловное основание для проведения военно-врачебной экспертизы и увольнения обследуемого с военной службы с применением психофармакотерапии и психотерапевтических методов.

Заключение

Многочисленные исследования доказывают сложный механизм формирования ПТСР, в том числе у военнослужащих, проходящих службу в зоне военных действий. Учитывая это, целесообразно использовать многофакторную прогностическую математическую модель развития боевой психической травмы,

которая помогает объединить потенциал нескольких методов исследования: патопсихологического, клинического и логико-статистического и, несомненно, способствует решению проблемы не только ближайшего прогноза, но и уже в остром периоде психогенного расстройства выявления лиц, предрасположенных к развитию ПТСР с затяжным течением.

Согласно результатам проведенных нами исследований, неблагоприятный прогноз боевой психической травмы определяют такие критерии, как высокий уровень личностной тревожности, депрессивные реакции со снижением активности, эмоциональная лабильность с импульсивностью, реализацией эмоциональной напряженности в непосредственном поведении и тенденция к вытеснению факторов, вызывающих тревогу. Для отдаленного прогноза более важными являются субъективные критерии оценки психического состояния в отличие от клинических. Реакции неспецифического реагирования в остром периоде боевой психической травмы в последующем сменяются «типоспецифичным» личностным реагированием. Это определяет терапевтическую и реабилитационную тактику с расширением показаний к назначению анксиолитиков, седативных препаратов и антидепрессантов в остром периоде психотравмы и возрастающей ролью социально реабилитационных мероприятий на этапе отдаленных последствий.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия (избранные лекции и выступления). – М.: ГЭОТАР-Мед, 2003. – 432 с.
2. Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Динамика и катамнез реакций боевого стресса // Проблемы реабилитации. – 1999. – № 1. – С. 29–35.
3. Снедков Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 21–25.
4. Nohales L., Prieto N. What's the post-traumatic stress disorder (PTSD)? // Rev Prat. – 2018. – Vol. 68, no. 1. – Pp. 92–96.
5. Defrance J., Foucher S., Ramdani E., Guilloton L., Lefort H. Soins // Post-Traumatic Stress Disorder And Psychogenic Pain. – 2019. – Vol. 6, no. 841. – Pp. 9–11. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsoin.2019.10.015>
6. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 672 с.
7. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
8. Сукиасян С.Г., Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Тадевосян М.Я., Косенко В.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Эволюция понятия // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 6. – С. 144–151. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061144>
9. Тарабрина Н.В., Соколова Е.Д., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Посттравматическое стрессовое расстройство: психологические и клинические особенности, вопросы терапии // Materia Medica. – 1996 – Т. 9, № 1. – С. 57–68.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Maercker A., Cloutre M., Bachem R., Schlumpf Y.R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder // Lancet. – 2022. – Vol. 400, no. 10345. – Pp. 60–72. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
12. Yehuda R., Hoge C.W., McFarlane A.C. et al. Post-traumatic stress disorder // Nat Rev Dis Primers. – 2015 – Vol. 1. – Art. 15057.
13. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder // N Engl J Med. – 2017. – Vol. 376, no. 25. – Pp. 2459–2469.
14. McKinney J.M., Hirsch J.K., Britton P.C. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: serial indirect effects via depression and anger // J Affect Disord. – 2017. – Vol. 214. – Pp. 100–107.
1. Aleksandrovskii Yu.A. Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya (izbrannyye lektzii i vystupleniya). – M.: GEOTAR-Med, 2003. – 432 s.
2. Litvintsev S.V., Snedkov E.V. Dinamika i katamnez reaksii boevogo stressa // Problemy reabilitatsii. – 1999. – № 1. – S. 29–35.
3. Snedkov E.V. Mediko-psikhologicheskie posledstviya boevoi psikhicheskoi travmy: kliniko-dinamicheskie i lechebno-reabilitatsionnye aspekty // Sovremennaya psikhiiatriya. – 1998. – № 1. – S. 21–25.
4. Nohales L., Prieto N. What's the post-traumatic stress disorder (PTSD)? // Rev Prat. – 2018. – Vol. 68, no. 1. – Pp. 92–96.
5. Defrance J., Foucher S., Ramdani E., Guilloton L., Lefort H. Soins // Post-Traumatic Stress Disorder And Psychogenic Pain. – 2019. – Vol. 6, no. 841. – Pp. 9–11. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsoin.2019.10.015>
6. Kaplan G.I., Sedok B. Dzh. Klinicheskaya psikhiiatriya / per. s angl. – M.: Meditsina, 1994. – T. 1. – 672 s.
7. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo / pod red. V.A. Soldatkina. – Rostov n/D: Izd-vo RostGMU, 2015. – 624 s.
8. Sukiasyan S.G., Soldatkin V.A., Snedkov E.V., Tadevosyan M.Ya., Kosenko V.G. Boevoe posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: ot «sindroma razdrazhennogo serdtsa» do «psikhogenno-organicheskogo rasstroistva». Evolyutsiya ponyatiya // Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2019. – T. 119, № 6. – S. 144–151. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061144>
9. Tarabrina N.V., Sokolova E.D., Lazebnaya E.O., Zelenova M.E. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: psikhologicheskie i klinicheskie osobennosti, voprosy terapii // Materia Medica. – 1996 – T. 9, № 1. – S. 57–68.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
11. Maercker A., Cloutre M., Bachem R., Schlumpf Y.R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder // Lancet. – 2022. – Vol. 400, no. 10345. – Pp. 60–72. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2)
12. Yehuda R., Hoge C.W., McFarlane A.C. et al. Post-traumatic stress disorder // Nat Rev Dis Primers. – 2015 – Vol. 1. – Art. 15057.
13. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder // N Engl J Med. – 2017. – Vol. 376, no. 25. – Pp. 2459–2469.
14. McKinney J.M., Hirsch J.K., Britton P.C. PTSD symptoms and suicide risk in veterans: serial indirect effects via depression and anger // J Affect Disord. – 2017. – Vol. 214. – Pp. 100–107.

15. De Berardis D., Fornaro M., Valchera A. et al. Eradicating suicide at its roots: preclinical bases and clinical evidence of the efficacy of ketamine in the treatment of suicidal behaviors // *Int J Mol Sci.* – 2018. – Vol. 19, no. 10. – P. 2888.
16. Chan T.L.H., Woldeamanuel Y.W. Exploring naturally occurring clinical subgroups of post-traumatic headache // *J Headache Pain.* – 2020. – Vol. 21, no. 1. – P. 12.
17. Serafini G., Gonda X., Pompili M. et al. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders // *Child Abuse Negl.* – 2016. – Vol. 62. – Pp. 39–50.
18. Kessler R.C., Rose S., Koenen K.C. et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys // *World Psychiatry.* – 2014. – Vol. 13, no. 3. – Pp. 265–274.
19. Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L. et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys // *Psychol Med.* – 2017. Vol. 47, no. 13. – Pp. 2260–2274.
20. Александровский Ю.А. Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства / Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 5–8.
21. Татьяначенко Н.П. Психология обеспечения безопасности личности военнослужащих / Образовательный консорциум «Среднерусский ун-т», Среднерусский ун-т (гуманитарно-технологический ин-т). – Калуга: Ваш Дом, 2010. – 226 с.
22. Огарь Д.В., Козлов А.А., Доровских И.В., Заковряшин А.С. Особенности психотерапии стрессовых расстройств техниками эриксоновского гипноза и нейролингвистического программирования. – М.: Владивосток: Лит, 2006. – 150 с.
23. Schein J., Houle C., Urganus A. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review // *Curr Med Res Opin.* – 2021. – Vol. 37, no. 12. – Pp. 2151–2161. – DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>
24. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций (теория и практика). – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
25. Ross M.C., Wonders J. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm // *Archives of Psychiatric Nursing.* – 1993. – Vol. 7. – Pp. 265–269.
26. Кузнецов О.Н., Лыткин В.М. Динамически-ситуативная акцентуация личности у участников локальных войн // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. – СПб.: ВМА, 1995. – С. 115–116.
27. Гулиева Ж.Д. Структура, клинические особенности и психологические механизмы формирования психических расстройств у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нальчик, 2003. – 20 с.
28. Епанчинчева Е.М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2001 – 24 с.
29. Григорьев М.Э. Клинико-психопатологические особенности развития и динамики психических нарушений и качество жизни у ветеранов боевых действий (на примере Чеченского вооруженного конфликта 1994–1996 гг.). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2002 – 23 с.
30. Доровских И.В., Заковряшин А.С., Заковряшина С.Е., Козлов А.А. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству // *Журнал психиатрии и психотерапии.* – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 51–54.
31. Заковряшин А.С., Доровских И.В., Заковряшина С.Е., Сенько О.В., Козлов А.А. Прогнозирование отдаленных последствий боевой психической травмы с использованием логико-статистических методов // *Неврология и психиатрия имени С.С. Корсакова.* – 2006. – № 3. – С. 31–38.
32. Богомолов А.В., Гридин Л.А., Кукушкин Ю.А., Ушаков И.Б. Диагностика состояния человека: математические подходы. – М.: Медицина, 2003. – 461 с.
33. Кузнецов В.А., Сенько О.В., Кузнецова А.В. и др. Распознавание нечетких систем по методу статистически взвешенных синдромов и его применение для иммуногематологической нормы и хронической патологии // *Химическая физика.* – 1996. – Т. 15, № 1. – С. 81–100.
34. Бойко Ю.П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 60–67.
15. De Berardis D., Fornaro M., Valchera A. et al. Eradicating suicide at its roots: preclinical bases and clinical evidence of the efficacy of ketamine in the treatment of suicidal behaviors // *Int J Mol Sci.* – 2018. – Vol. 19, no. 10. – P. 2888.
16. Chan T.L.H., Woldeamanuel Y.W. Exploring naturally occurring clinical subgroups of post-traumatic headache // *J Headache Pain.* – 2020. – Vol. 21, no. 1. – P. 12.
17. Serafini G., Gonda X., Pompili M. et al. The relationship between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders // *Child Abuse Negl.* – 2016. – Vol. 62. – Pp. 39–50.
18. Kessler R.C., Rose S., Koenen K.C. et al. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys // *World Psychiatry.* – 2014. – Vol. 13, no. 3. – Pp. 265–274.
19. Koenen K.C., Ratanatharathorn A., Ng L. et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys // *Psychol Med.* – 2017. Vol. 47, no. 13. – Pp. 2260–2274.
20. Aleksandrovskii Yu.A. Chrezvychaynye situatsii i psikhogennye rasstroistva / Sovremennaya psikhiiatriya. – 1998. – № 1. – С. 5–8.
21. Tat'yanchenko N.P. Psikhologiya obespecheniya bezopasnosti lichnosti voennosluzhashchikh / Obrazovatel'nyi konsortsiy «Srednerusskii un-t», Srednerusskii un-t (gumanitarno-tehnologicheskii in-t). – Kaluga: Vash Dom, 2010. – 226 s.
22. Ogar' D.V., Kozlov A.A., Dorovskikh I.V., Zakovryashin A.S. Osobennosti psikhoterapii stressovykh rasstroistv tekhniki eriksonovskogo gipnoza i neirolingvisticheskogo programirovaniya. – M.; Vladivostok: Lit, 2006. – 150 s.
23. Schein J., Houle C., Urganus A. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review // *Curr Med Res Opin.* – 2021. – Vol. 37, no. 12. – Pp. 2151–2161. – DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>
24. Kokhanov V.P., Krasnov V.N. Psikhiiatriya katastrof i chrezvychaynykh situatsii (teoriya i praktika). – M.: Prakticheskaya meditsina, 2008. – 448 s.
25. Ross M.C., Wonders J. An exploration of the characteristics of post-traumatic stress disorder in reserve forces deployed during Desert Storm // *Archives of Psychiatric Nursing.* – 1993. – Vol. 7. – Pp. 265–269.
26. Kuznetsov O.N., Lytkin V.M. Dinamicheski-situativnaya aktsentsiya lichnosti u uchastnikov lokal'nykh voyn // Aktual'nye voprosy voennoi i ekologicheskoi psikhiiatrii. – SPb.: VMA, 1995. – С. 115–116.
27. Gulieva Zh.D. Struktura, klinicheskie osobennosti i psikhologicheskie mekhanizmy formirovaniya psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh, uchastvovavshikh v boevykh deistviyakh. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Nal'chik, 2003. – 20 s.
28. Epanchincheva E.M. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva u kombatanov (kliniko-dinamicheskii i reabilitatsionnyi aspekty). Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Tomsk, 2001 – 24 s.
29. Grigor'ev M.E. Kliniko-psikhopatologicheskie osobennosti razvitiya i dinamiki psikhicheskikh narushenii i kachestvo zhizni u veteranov boevykh deistvii (na primere Chechenskogo vooru-zhennogo konflikta 1994–1996 gg.). Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. – Kazan', 2002 – 23 s.
30. Dorovskikh I.V., Zakovryashin A.S., Zakovryashina S.E., Kozlov A.A. Boevaya psikhicheskaya travma: ot rasstroistva adaptatsii k posttravmaticheskomu stressovomu rasstroistvu // *Zhurnal psikhiiatrii i psikhofarmakoterapii.* – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 51–54.
31. Zakovryashin A.S., Dorovskikh I.V., Zakovryashina S.E., Sen'ko O.V., Kozlov A.A. Prognozirovaniye otdalennykh posledstviy boevoi psikhicheskoi travmy s ispol'zovaniem logiko-statisticheskikh metodov // *Nevrologiya i psikhiiatriya imeni S.S. Korsakova.* – 2006. – № 3. – С. 31–38.
32. Bogomolov A.V., Gridin L.A., Kukushkin Yu.A., Ushakov I.B. Diagnostika sostoyaniya cheloveka: matematicheskie podkhody. – M.: Meditsina, 2003. – 461 s.
33. Kuznetsov V.A., Sen'ko O.V., Kuznetsova A.V. i dr. Raspoznaniye nechetkikh sistem po metodu statisticheskii vzveshennykh sindromov i ego primeneniye dlya immunogematologicheskoi normy i khronicheskoi patologii // *Khimicheskaya fizika.* – 1996. – Т. 15, № 1. – С. 81–100.
34. Boiko Yu.P. Osobennosti antistressovoi meditsinskoi pomoshchi pri chrezvychaynykh situatsiyakh i ikh posledstviyakh // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya.* – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 60–67.