

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
по психиатрии

 Костюк Г.П.
« 23 » сентября 2022 г.

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертный совет по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 18



« 28 » ноября 2022 г.


**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
У УЧАСТНИКОВ И ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
(условия и механизмы развития, клинические проявления,
лечение, организация психиатрической помощи)**

Методические рекомендации № 101

Москва 2022

УДК 616.89-008
ББК 56.14-3

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

Авторы:

Костюк Георгий Петрович, доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», главный психиатр города Москвы

Резник Александр Михайлович, кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

Рецензенты:

Фастовцов Г.А., доктор медицинских наук, главный врач ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Андрющенко А.В., доктор медицинских наук, заведующая Учебным центром ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»

Одобрено на заседании Ученого совета ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» (протокол № 11 от 24.11.2022)

Костюк Г.П., 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. — М.: Изд-во ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2022. — 172 с.

В методических рекомендациях представлены современные сведения об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях психических расстройств у участников и ветеранов войн. Изложены принципы организации психиатрической помощи, методы и схемы лечения.

Для психиатров и психотерапевтов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Содержание

Сокращения	5
Введение	6
1. Этиология и патогенез боевой психической патологии.....	13
1.1. Наследственно-генетический риск	14
1.2. Индивидуальные биологические и психологические факторы	15
1.3. Стресс-факторы боевой обстановки	19
1.4. Социальные факторы и влияние организации военной службы	23
1.5. Психофизиологические и патофизиологические механизмы	25
2. Клинические проявления реакций боевого стресса	29
2.1. Подходы к диагностике и классификация реакций боевого стресса	29
2.2. Острые реакции на стресс	32
2.3. Невротические реакции	34
2.4. Стойкие изменения личности и патохарактерологические реакции	37
2.5. Психические нарушения в связи с травмой головного мозга	44
2.6. Психотические расстройства	47
3. Отсроченные и затяжные психические расстройства у ветеранов	52
3.1. Посттравматическое стрессовое расстройство	52
3.2. Коморбидные психические расстройства пограничного регистра	56
3.3. Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга	60
3.4. Злоупотребление и зависимость от алкоголя	61
3.5. Шизофрения и другие психозы	62
4. Профилактика и лечение боевых стрессовых расстройств	64
4.1. Лекарственная коррекция боеспособности и терапия стрессовых расстройств	64
4.2. Психокоррекция боевого стресса и психотерапия реакций боевого стресса	72
4.3. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства.....	74
4.4. Организация психиатрической помощи	77
Литература.....	97
<i>Приложение 1. Условия и механизмы развития боевого посттравматического стрессового расстройства.....</i>	<i>117</i>
<i>Приложение 2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства, осложненного посттравматического стрессового расстройства, расстройства адаптации и острой реакции на стресс в МКБ-11</i>	<i>118</i>
<i>Приложение 3. Реакции и поведение в условиях боевого стресса</i>	<i>127</i>
<i>Приложение 4. Психические расстройства у участников и ветеранов войн: клинические варианты</i>	<i>128</i>

<i>Приложение 5. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностические критерии в МКБ-10 (F43.1)</i>	129
<i>Приложение 6. Сведения об эффективности и безопасности лекарственных препаратов при терапии боевого посттравматического стрессового расстройства</i>	130
<i>Приложение 7. Схема лекарственной терапии посттравматического стрессового расстройства</i>	140
<i>Приложение 8. Общая характеристика и оценка эффективности основных методов психотерапии при коррекции боевого стресса и лечения посттравматического стрессового расстройства</i>	142
<i>Приложение 9. Организация психолого-психиатрической помощи во время и после боевых действий</i>	150
<i>Приложение 10. Коррекция боевого стресса и предупреждение его последствий в войсковом звене медицинской помощи (при отсутствии ранений, физических травм, болезней)</i>	151
<i>Приложение 11. Методики количественной оценки тяжести травмирующего стресса и выраженности симптомов стрессовых расстройств</i>	152

Сокращения

БСР — боевое стрессовое расстройство

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра

МОСН — медицинский отряд специального назначения

ОМедБ — отдельный медицинский батальон

ПАВ — психоактивное вещество

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

РБС — реакция боевого стресса

РКИ — рандомизированное контролируемое исследование (полностью — рандомизированное слепое контролируемое сравнительное клиническое исследование)

СВО — специальная военная операция на территории Украины

СИОЗС — селективный ингибитор обратного захвата серотонина

СИОЗСН — селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

ТВД — театр военных действий

ЦНС — центральная нервная система

ЧМТ — черепно-мозговая травма

VICESPS (Brief, Immediate, Central, Expectant, Proximal, Simple) — организационный подход Сальмона–Гласса, подразумевающий кратковременную, незамедлительную, централизованную, выжидающую, приближенную к передовой, простую помощь при реакции боевого стресса

Введение

Сведения о распространенности психических расстройств, в том числе связанных со стрессом, у участников боевых действий и гражданских лиц, переживших войну, остаются противоречивыми. Среди санитарных потерь в годы Великой Отечественной войны в Красной армии нервные и психические болезни, включая контузии, составили 3,0–6,0% общей заболеваемости, или 20–25 случаев на 1000 личного состава, а психические заболевания, в свою очередь, — 4,3–4,5%, или 9 случаев на 1000 личного состава.

В годы Второй мировой войны в войсках союзников после высадки в Нормандии психические заболевания во время боев достигали 10–20% от всех санитарных потерь. За весь период войны в районах боевых действий психозы и психоневрозы в сухопутных войсках США составили 38% всех санитарных потерь. Так, на Средиземноморском и Европейском театрах военных действий (ТВД) соотношение числа пострадавших от боевого истощения к общему количеству раненых было равно 1:4. Но в особенно ожесточенных и длительных боях этот коэффициент достигал 1:2. В английской армии на психические расстройства приходилось 10% всех санитарных потерь. Однако уволенных в связи с психическими расстройствами было 15–25% всех признанных негодными к военной службе [Иванов Ф.И., 1970; Тимофеев Н.Н., 1957].

В период войны в Корее (1950–1953 гг.) в американской армии психические расстройства составили 6% от боевых санитарных потерь и 15% от всех потерь [Gabriel R.A., 1986; Price Н.Н., 1984]. В годы войны США и их союзников во Вьетнаме (1964–1973 гг.) санитарные потери за счет «боевого шока» равнялись 12% от всех потерь [Gabriel R.A., 1986]. В конце войны, когда американскую армию захлестнула волна наркомании и алкоголизма, на долю больных психическими и аддиктивными расстройствами приходилось до 60% всех эвакуированных с ТВД по медицинским показаниям [Price Н.Н., 1984].

Во время арабо-израильской войны (1973 г.) пораженных психиатрического профиля в Армии обороны Израиля было, по официальным данным, 12,5% от общего числа санитарных потерь, однако повторный анализ

показал занижение уровня психиатрических потерь, которые в действительности оказались равны 23% [Belenky G.L. et al., 1983; Price H.H., 1984].

Во время интенсивных боев при восстановлении конституционной законности и правопорядка в Чеченской Республике (1994–1996 гг.) реакции боевого стресса (РБС), предболезненные и клинически выраженные, наблюдались более чем у 70% военнослужащих.

По статистике различных войн и разных армий, психиатрические потери составляют 6–13% от численности войск и 12–30% от общего числа санитарных потерь [Глекель М.С., 1938; Кузнецов В.Б. и др., 1993; Литвинцев С.В., 1994; Gabriel R.A., 1986]. Разброс цифр психиатрических санитарных потерь объясняется тем, что их уровень и выявляемость зависят не только от конкретных факторов боевой обстановки, но и от принятой доктрины военно-полевой психиатрии, ее организационных структур, этапности и содержания психиатрической и психологической помощи.

Психологические проблемы и нарушение социального функционирования отчетливо проявляются после возвращения ветеранов войн в мирную жизнь [Лыткин В.М., 2002; Сидоров П.И. и др., 1999; Bramsen I., van der Ploeg H.M., 1999; Brockway S., 1988; Glenn D.M. et al., 2002]. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) составляет от 10 до 50% всех медицинских последствий участия в войне. Признаки ПТСР сохраняются на протяжении многих лет и даже десятилетий после участия в боевых действиях [Лыткин В.М., 2002; Archibald H.E., Tuddenham R.D., 1965; Bramsen I., van der Ploeg H.M., 1999; Lee K.A. et al., 1995].

Спустя 5 лет после окончания войны США во Вьетнаме (1964–1973 гг.) число страдающих психическими расстройствами американских ветеранов составляло около 250 тыс. человек [Wilson J.P., 1978]. При оценке последствий войны порой не учитывается широкая распространенность субклинических (психологических) проблем, вызванных воздействием боевого стресса [DeFasio V.J., 1978; Kaufman M.L., 2002; Williams T., 1987; Zlotnick C. et al. 2002]. Так, в

1988 г. различные психические расстройства и межличностные проблемы имели от 800 тыс. до 1,5 млн человек [Parsons J.P. et al., 1988], то есть около 50% ветеранов Вьетнама [Figley Ch.R., 1986; Girolamo G., 1992; Niles D., 1994]. Исследования, выполненные в США в 2002 г., показали, что среди ветеранов войн в течение 12 месяцев наблюдались: у 27,8% — признаки ПТСР, у 7,4% — большое депрессивное расстройство, у 8% — злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), у 11,7% — потеря работы, у 8,95% — длительная текущая незанятость, у 7,8% — развод или раздельное проживание с супругом, у 21% — злоупотребление (abuse) по отношению к супругу или партнеру [Prigerson H.G. et al., 2002]. Среди ветеранов Вьетнама, получивших боевые ранения и увечья, частота ПТСР достигала 42% [Niles D., 1994].

Для начала остановимся на основных понятиях, которые будут использоваться при описании боевой психической патологии. Широко используемый сейчас в научных работах и врачебном сленге термин **боевая психическая травма** не является диагностической категорией. *Им обозначается, с одной стороны, само по себе воздействие травмирующего психического стресса на индивида, а с другой — обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние центральной нервной системы (ЦНС), особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин и изменяющихся под их воздействием внутренних условий.* В экспертных случаях его эквивалентом становится понятие «военная травма», которым определяется причинная связь психических расстройств, полученных при исполнении обязанностей военной службы в период пребывания в боевой зоне (на ТВД).

Под **боевым стрессом** понимается *частная разновидность стресса, формирующаяся вследствие воздействия комплекса патогенных факторов боевой обстановки.* Этими факторами являются: длительная и малопрогнозируемая, непосредственная и эмпирически наглядная угроза жизни и благополучию индивида и его близких; значительно превосходящие повседневный уровень по длительности и интенсивности психические и

физические нагрузки; сомато- и психогенные влияния ранений, травм и заболеваний; переживание наблюдаемых случаев гибели людей; утраты друзей и близких и т.д. Суммарно все они приводят к истощению ресурсов психической деятельности, наступлению характерных временных или стойких изменений психических процессов и нарушениям социальной адаптации.

«Боевая психическая травма» — понятие, которое объединяет широкий спектр психических нарушений, развивающихся вследствие воздействия разнообразных патогенных факторов боевой обстановки. В связи с этим наряду с психопатологическими проявлениями ранений и контузий у значительного числа военнослужащих развиваются те или иные боевые стрессовые расстройства.

Боевые стрессовые расстройства — это *различные острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику индивида стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению боеспособности и социальной дизадаптации.*

Иными словами, боевые стрессовые расстройства (БСР) — это все виды острых и хронических стрессовых нарушений, в развитии которых значение имеют боевые стресс-факторы (*Приложение 1*). Среди БСР встречаются ранние, относительно кратковременные и наименее специфические расстройства (РБС) и многообразные отсроченные, длительные психические нарушения, среди которых наиболее специфическими являются характерные изменения личности и боевое ПТСР, клиническая картина которого ближе всего стоит к представленному в проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) осложненному ПТСР. Смешанный характер имеют перенесенные в боевой обстановке контузии, в развитии которых принимают участие как минно-взрывная травма головного мозга, так и воздействие экстремального стресса, что особенно находит отражение в картине легких контузий. В качестве стрессовой в большинстве случаев следует рассматривать и формирующуюся в боевых условиях аддиктивную патологию.

Реакции боевого стресса — это *преходящие, различной тяжести психические реакции, возникающие непосредственно в боевой обстановке и ведущие к временному снижению или утрате боеспособности.*

Среди РБС встречаются предболезненные нарушения (реакции эмоционального возбуждения, преневротические реакции), болезненные реакции пограничного регистра (острые стрессовые реакции, невротические и патохарактерологические реакции) и психотического регистра (острые транзиторные реактивные психозы).

Боевые посттравматические стрессовые расстройства — это *затянувшиеся или отсроченные психические изменения и психические расстройства, возникающие вследствие воздействия факторов боевой обстановки.* Некоторые из этих психических изменений на войне могут носить приспособительный характер, а в мирной жизни ведут к различным формам социальной дизадаптации.

При этом, кроме указанных в принятых диагностических классификациях симптомов вторжения, избегания/ощепенения и возбудимости, осевыми расстройствами выступают: изменения аффективности с постоянной тревогой и импульсивностью, переживания вины, настороженно-враждебное восприятие действительности, дефицит интрапсихической переработки с формированием категоричности и полярности суждений, переход к шаблонному реагированию на внешние раздражители, ведущие к затруднению интерперсональных контактов, трудности поддержания отношений и чувства близости к другим людям и вторичным невротическим, поведенческим и аддиктивным нарушениям. Эти особенности в значительной мере совпадают с критериями диагностики осложненного ПТСР, вошедшего в проект МКБ-11 (*Приложение 2*).

Проявления РБС и боевого ПТСР занимают широкий диапазон психических реакций — от психологически понятных и адаптивных изменений до тяжелых и хронических психических расстройств, которые в отдельных случаях могут достигать психотического уровня. Причем выраженность и

структура симптомов БСР колеблется во времени в зависимости от внешних условий — как военных стрессоров, так и в последующем неблагоприятных факторов мирного времени. Например, далеко не все психические расстройства невротического регистра, возникающие у ветеранов спустя месяцы и годы после войны, представляют собой ПТСР — часто это тревожные, депрессивные и другие специфические невротические симптомы, уже напрямую не связанные с войной, обусловленные психотравмирующими ситуациями мирной жизни, когда своеобразие личностных черт ветерана может лишь осложнять выход из ситуации интерперсонального конфликта, но может и не иметь к ним никакого отношения.

Еще раз подчеркнем, что симптомы ПТСР у ветеранов войн нередко сочетаются с симптоматикой органических психических расстройств, которые формируются вследствие ранений и контузий головного мозга, а также со злоупотреблением алкоголем и ПАВ, которые со временем приобретают характер зависимости. Однако и эта коморбидность не является обязательной — у многих ветеранов органическая психическая патология и проявления зависимости не ассоциированы с ПТСР. Все это делает чрезвычайно сложной реальную диагностику и оценку причинности психических расстройств у участников боевых действий.

Однако при диагностике БСР в зоне ведения боевых действий (ТВД) наиболее практичными оказались уровневая и функциональная оценки психического состояния, а совсем не клинико-психопатологическая. Уровневая диагностика подразумевает определение выраженности нарушений с учетом, что они могут носить адаптивный характер, выходить на уровень предболезненных отклонений и, наконец, достигать степени нозологически выраженных пограничных или психотических расстройств.

Функциональная диагностика подразумевает определение уровня социальной деятельности (боеготовности). Прежде всего такая оценка необходима для определения, насколько конкретный военнослужащий способен исполнять свои обязанности и как долго ему еще потребуется оказание помощи.

Уровневая и функциональная оценки психических расстройств боевой обстановки включены в принципы определения количества санитарных потерь среди военнослужащих и в правила медицинской сортировки на ТВД, объема и содержания лечебных мероприятий на разных этапах эвакуации.

В полевом руководстве (полевом уставе) армии США, в разделе «Контроль над боевым и оперативным стрессом» [Field Manual., 2006], все реакции, возникающие у военнослужащих в зоне боевых действий и выполнения военных миссий, разделены на 4 группы: 1) адаптивные стрессовые реакции; 2) РБС; 3) неприемлемое стрессовое поведение; 4) долговременные реакции на стресс (приложение 3).

Тяжесть клинических проявлений и динамика психических расстройств в определенной мере связаны с мощностью стрессоров. Однако создать унифицированную шкалу стрессоров оказалось невозможным ввиду чрезвычайной вариабельности в апперцепции различных событий у разных людей и в разные периоды. При рассмотрении предпосылок развития стрессовых расстройств и при постановке экспериментов с провокацией симптомов ПТСР в зарубежной литературе используются понятия «персонально травмирующее событие» и «персонально стрессовое событие». С травмирующим событием связывается появление ПТСР, и его тема звучит в болезненных переживаниях пострадавшего. Персональное стрессовое событие вызывает у индивида психологический дистресс и специфические физиологические реакции, но само по себе не является причиной ПТСР [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003].

1. Этиология и патогенез боевой психической патологии

В связи с разной стресс-чувствительностью клинические выраженные острые реакции на стресс и особенно хронические формы ПТСР возникают далеко не у всех участников боевых действий [Литвинцев С.В. и др., 2005; Kessler R.C. et al., 1995; Killpatrick D.G. et al., 2003]. Большинство ветеранов неплохо справляются с травмирующим опытом и не проявляют устойчивой психической патологии [Fogle В.М., 2020]. Так, семилетнее наблюдение за динамикой психического состояния американских ветеранов войн показывает, что у большинства из них (89,2%) отмечается слабая выраженность или отсутствие симптомов ПТСР, умеренная выраженность — всего у 7,6% ветеранов, а тяжелое течение ПТСР — лишь изредка, у 3,2% [Mota N.P., 2019].

Особые в каждом случае биологические и психологические предпосылки, определяющие сугубо персональный порог чувствительности к стрессорам, несомненно, оказывают влияние на вероятность, быстроту и клинические проявления РБС. Но чем дольше на человека действуют боевые стрессоры, чем их больше и чем они сильнее, тем более однородна клиника боевой психической травмы и тем заметнее она отличается от классических форм неврозов.

В годы войны в Корее (1950–1953 гг.) американский психиатр А. Гласс (A.G. Glass) предложил формулу возникновения РБС: *Стресс + Личность = Реакция* [Ireland M.R., Bostwick M.J., 1997]. Иными словами, чем более выражены индивидуальные предпосылки, тем скорее и легче под влиянием боевых стрессоров проявится патологический способ реагирования, а в клинической картине РБС значительное место будут занимать присущие изначально психопатологические особенности. Напротив, у индивида с низкой чувствительностью к боевым стрессорам для развития психической патологии потребуются большие интенсивность и экспозиция боевого стресса, а в клинической картине главное место будут занимать те изменения, которые происходят непосредственно под влиянием стресс-факторов боевой обстановки

[Литвинцев С.В. и др., 2005]. Мало того, когда солдат возвращается с войны, но при этом не может отключить «боевой разум» — усвоенный набор навыков и способов адаптации к военной действительности, у него возникают проблемы. Поведение, адаптивное в боевой обстановке, вдруг становится неуместным, а хронический стресс, не приспособившийся к современным условиям, может привести к появлению психопатологической симптоматики и даже к психосоматической патологии [Shively С.А., 2009].

Опыт военной психиатрии и получаемые в последние годы научные данные о боевой психической патологии показывают взаимодействие во времени боевых и социальных стрессоров с индивидуальными биологическими предпосылками, которое влечет за собой развитие и поддержание аномально высокого уровня физиологического стресса, сопровождающегося нейрохимическими и нейрофизиологическими нарушениями [Литвинцев С.В. и др., 2005; Sherin J.E., Nemeroff С.В., 2011].

1.1. Наследственно-генетический риск

В совокупности данные близнецовых и молекулярно-биологических исследований подтверждают генетическую гипотезу о предрасположенности к травмирующему стрессу. У ветеранов с ПТСР и их близнецов чаще отмечаются морфологические изменения в головном мозге и мягкая неврологическая симптоматика [Gurvits T.V. et al., 2006; Kremen W.S., 2012; Lyons M.J. et al., 1993; May F.S. et al., 2003; Nugent N.R. et al., 2008; True W.R. et al., 1993; Wolf E.J., 2018]. В последнее десятилетие были начаты согласованные усилия по выявлению конкретных вариантов генетической предрасположенности к ПТСР. Группа ПТСР «Консорциума психиатрической геномики» (Psychiatric Genomics Consortium — Posttraumatic Stress Disorder group, PGC-PTSD) опубликовала результаты полногеномного поиска ассоциаций (genome-wide association study, GWAS) по посттравматическому стрессу, в котором отмечено при ПТСР наличие существенной фенотипической изменчивости, обусловленной генетическими вариациями, общий с другими психическими расстройствами (большим депрессивным расстройством и шизофренией) вариативный риск,

новые генетические локусы, ассоциированные с ПТСР. Установленный полигенный механизм ПТСР, скорее всего, в значительной степени предсказывает повторное появление его симптомов [Duncan L.E., 2018; Gelernter J., 2019; Lawford B.R. et al., 2006; Nievergelt C.M. et al., 2018, 2019; Nugent N.R. et al., 2008]. Новые данные показывают, что может существовать генетическая связь между риском ПТСР и риском развития депрессии, шизофрении и даже кардиоваскулярной патологии, диабета, астмы и аутоиммунных нарушений [Nievergelt C.M. et al., 2019; Pollard H.B., 2016; Song H., 2018; Vaccarino V. et al., 2014].

Получены данные о влиянии эпигенетических изменений, которые могут возникать в ответ на травматический стресс на протяжении всей жизни. Исследования ассоциаций по всему эпигеному (epigenome-wide association study, EWAS) обнаружили связь вариаций метилирования ДНК в определенных локусах и генах с биологическими процессами и клиническими проявлениями ПТСР. Молекулярно-биологические изменения не только образуют риск болезни, но и за счет обратной связи между стрессовыми факторами и изменениями метилирования CpG-сайтов различных генов меняются и уже сами запускают цепи нейробиологических нарушений, которые могут сохраняться и после окончания действия психологических травмирующих стрессоров. Появились первые сведения, что эпигенетические маркеры, например метилирование CpG-сайта гена SDK1, могут меняться после психотерапии ПТСР и устранения или облегчения его симптомов [Al Jowf G.A., 2021; Blacker C.J., 2019; Bam M., 2016; Krzyzewska I.M., 2018; Kuan P.F., 2017; Rusiecki J.A., 2013; Rutten B.P.F., 2018; Smith A.K., 2011; Vinkers C.H., 2015; Watkins L.E., 2016; Yang R., 2021; Yehuda R., 2013].

1.2. Индивидуальные биологические и психологические факторы

С позиции мнемонической модели ПТСР Д.К. Рубина (Rubin D.C. et al., 2008) особенности повторного переживания травмирующего события определяются не только и не столько самим событием, сколько взаимодействием события и факторов, влияющих на его переживание,

восприятие и последующую обработку — кодирование, удержание, воспроизведение. Разными исследователями отмечается, что повышают вероятность переживания стрессоров в качестве травмирующих и являются факторами риска боевой психической патологии следующие психологические, биологические предпосылки и психические отклонения:

- женский пол, детский, молодой или пожилой возраст;
- семейная или персональная история психических расстройств;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- резидуальная органическая психическая патология;
- низкий уровень образования, социально-экономический статус, уровень интеллекта;
- соматоформные, тревожные и депрессивные расстройства;
- некоммуникабельность, ригидность мышления и эмоций;
- эмоциональная неустойчивость, впечатлительность, астенические и сенситивные черты характера;
- пограничный уровень организации личности (borderline personality);
- некоммуникабельность, дефицит социальных взаимодействий;
- расстройства поведения в анамнезе, в том числе склонность к агрессивному поведению в детском и подростковом возрасте;
- довоенные психические травмы, особенно насилие и жестокое обращение в детстве;
- искаженное воспитание в неполных или «деформированных» семьях [Ахмедова Х.Б., 2003; Бойко Ю.П., 2003; Литвинцев С.В. и др., 2005; Снедков Е.В., 1997; Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я., 2013; Фастовцов Г.А., 2009; Forbes D. et al., 2002; Mota N.P., 2019; Nock M.K. et al., 2003; Overstreet C., 2021; Perkonigg A. et al., 2000; Rubin D.C. et al., 2008; Shear K.M., 2002; Thomas M.M., 2017; Zaidi L.Y., Foy D.W., 1994; Zohar J., 2009; Xue C., 2015].

По данным Е.В. Снедкова (1997), прежде всех остальных уязвимость к воздействию боевых стрессоров обнаруживают лица с акцентуациями характера тревожно-астенического круга. У них часто вскоре после прибытия в боевую зону развивались преневротические и невротические реакции, которые при этом отличались обратимостью на фоне лечения и вскоре после прекращения воздействия стрессоров. В сравнении с сенситивными личностями обследованные с эпилептоидными (аффективно-эксплозивными) и гипертимными чертами характера, как правило, обнаруживали «повышенную устойчивость» к боевому стрессу: психопатология проявлялась у них лишь спустя год службы на ТВД, но именно в этих случаях чаще всего прослеживалась стойкая социально-психологическая дизадаптация после войны. Индивидуальные предпосылки в некоторой степени определяют не только вероятность и сроки развития дизадаптации, но и клинические варианты РБС. Так, ведущими предпосылками острых аффективных реакций являются конфликтные взаимоотношения в микросоциальной среде и делинквентное поведение. Основным предиктором невротических реакций предстает пассивный паттерн поведения. Конституциональная предрасположенность наиболее выражена при патохарактерологических реакциях. Диссоциативный вариант ПТСР у ветеранов оказался связан с низким уровнем образования и дохода, социальным неблагополучием, психическими нарушениями и суицидальным поведением в анамнезе. Предпосылкой тех редких случаев, когда ПТСР рецидивирует у пожилых ветеранов спустя много лет после психической травмы, может стать усиливающийся когнитивный дефицит [Снедков Е.В., 1997, 2007; Herzog S., 2020; Mota N.P., 2016].

Как уже было сказано, мнемоническая модель подчеркивает первостепенное значение памяти и влияющего на нее жизненного контекста, в котором переживается событие прошлого. В результате разные люди в разные моменты своей жизни могут по-разному воспринимать и заново переживать психическую травму. В пользу правоты подобного взгляда говорит тот факт, что величина эффекта тяжести травмы в ретроспективных исследованиях

оказывается больше, чем в исследованиях проспективных. То есть, словами С.Р. Brewin et al., «если бы память была точна, а событие — главной причиной, тогда размеры эффекта были бы эквивалентными» [Brewin C.R. et al., 2000; Rubin D.C. et al., 2008].

Среди условий, которые снижают риск возникновения или рецидива ПТСР и со временем уменьшают тяжесть его проявлений, разные исследователи называют: психологическую устойчивость, безоценочное осознание (mindfulness), наличие целей в жизни, альтруизм, направленность на поддержку других людей и сохранение достигнутого уровня социальных достижений, укрепление интерперсональных связей, интеграцию в общество и безопасный стиль привязанности к другим людям, религиозность и духовность, наличие социальной поддержки. С враждебностью, одним из наиболее проблемных паттернов поведения ветеранов, отрицательно ассоциируются оптимизм индивида и безопасный стиль привязанностей. Напротив, злоупотребление алкоголем имеет положительную связь с враждебностью и слабым контролем гнева.

Важным условием устойчивости к военному травмирующему стрессу и низкого риска ПТСР может служить так называемая диспозиционная благодарность (dispositional gratitude) — способность осознавать и ценить положительные стороны жизненного опыта и испытывать благодарность за все позитивное. Диспозиционная благодарность преобладает у здоровых ветеранов, отрицательно связана с психическими расстройствами и может способствовать развитию психосоциальных факторов, определяющих устойчивость в этой группе населения.

Другой стороной развитости ценностно-смысловой личностной надстройки, важной для снижения риска ПТСР, оказался так называемый посттравматический рост (posttraumatic growth), эквивалент личностного роста в психотерапии, который включает в себя возникшие после пережитой травмы «изменяющие жизнь» психологические сдвиги в мышлении и отношении к миру и себе [Armour C., 2015; Asch R.H., 2021; Brewin C.R. et al., 2000; Fogle

B.M., 2020; Isaacs K., 2017; McGuire A.P., 2021; Mota N.P., 2019; Nock M.K. et al., 2001; Overstreet C., 2021; Rubin D.C. et al., 2008; Sharma V., 2017; Sippel L.M., 2016; Tsai J., 2015; Wisco B.E., 2014].

1.3. Стресс-факторы боевой обстановки

Без психической травмы не может быть запущена вся цепь патогенетических механизмов стрессового расстройства. Согласно К. Ясперсу (1959, 1997), психической реакции свойственны: 1) «повод... адекватный данному состоянию»; 2) «понятная связь между содержанием переживания и содержанием аномальной реакции»; 3) после исчезновения повода аномалия с течением времени сходит на нет. Однако сам Ясперс подчеркивал, что психические реакции могут быть весьма индивидуальными, у некоторых индивидуумов они не возникают даже после психических травм исключительной тяжести, а возникшие реакции могут оставаться долгое время после прекращения действия причины, их вызвавшей.

На практике в развитии БСР значение имеет не одна лишь психическая травма, которая занимает особое место в переживаниях пострадавшего, но и целый ряд других патогенных факторов, которые не обязательно оставляют после себя мучительные следы в памяти больного. Значительная часть личного состава воюющей армии не подвергается психической травме как таковой, но тем не менее испытывает подчас очень длительное отрицательное воздействие, связанное с пребыванием на ТВД. Причем при высоком уровне фонового стресса вероятность развития дисфункциональных реакций после травмы значительно выше.

У людей, продолжающих выполнять свои служебные обязанности в условиях кумулятивного действия факторов напряжения, происходит утрата оперативности, снижение сопротивляемости неблагоприятным влияниям, к которым ранее они были устойчивы. В результате менее напряженные ситуации могут восприниматься как персонально травмирующие события, и потребуются больше усилий для преодоления воздействия в последующем. Это привело американских исследователей к использованию термина «боевая зона»,

подразумевающего совокупность условий, в которых приходится жить и работать личному составу войск, развернутых вблизи ТВД, для выполнения миротворческой миссии, а также и для оказания помощи в случае стихийных бедствий и техногенных катастроф [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003; Dobson M., Marshall R.P., 1997].

Кстати, понимание боевой психической патологии как следствия влияния множества неблагоприятных факторов ТВД определило то, что в годы Второй мировой войны в армии США стал использоваться термин «боевое истощение» (combat exhaustion), или «боевая усталость» (combat fatigue). Данные понятия базируются на теории «функциональных пределов выносливости». Суть ее в том, что психические нарушения в условиях боевой обстановки могут возникнуть независимо от преморбидных личностных качеств и даже при отсутствии серьезной психической травмы. Стрессовые расстройства становятся следствием продолжительного комплексного влияния большого числа подпороговых раздражителей, суммарное действие которых ведет к истощению ресурсов. Причем никто не обладает иммунитетом против стресса, у каждого существует строго индивидуальный «барьер психической адаптации», по достижении которого компенсаторные системы уже не выдерживают и психоэмоциональное напряжение приводит к срыву психической деятельности [Александровский Ю.А., 1997; Краснушкин Е.К., 1945; Bartemeier L.H., 1946; Belenky G.L. et al., 1982; Gabriel R.A., 1986; Gerardi S.M., 1999; Glass A.J., 1969].

В американском полевом руководстве Главного командования Департамента армии «Контроль боевого и оперативного стресса» (2006) указывается, что в боевой обстановке стрессоры возникают: 1) из-за преднамеренных действий противника; 2) в связи с операционной средой; 3) из-за собственных просчетов и ошибок [Field Manual 4-02.51, 2006]. А если более широко — среди всего многообразия патогенных факторов боевой зоны условно можно выделить физические и ментальные. Физические стрессоры оказывают прямое вредное воздействие на организм, то есть приводят к истощению ресурсов, снижают резистентность организма и повышают

уязвимость к ментальным стрессорам. Ментальные (психические) стрессоры представляют собой информацию об угрозе или потребности, эффектом которой является реакция со стороны перцептивной, когнитивной или эмоциональной системы мозга человека, которая, в свою очередь, влияет на физиологические процессы во всем организме.

Среди *физических стрессоров* различают:

- *средовые* (жара, холод, низкая или высокая влажность, гипоксия, труднодоступная местность, инфекционные заболевания, туман, пыль и др.);
- *связанные с боевой обстановкой* (длительная и тяжелая физическая работа, в том числе ведение длительных и интенсивных боевых действий, задолженность сна, дегидратация, плохое питание, низкая гигиена, вибрация, шум, взрывы, дымы, воздействие токсических веществ, ионизирующее излучение).

Ментальные стрессоры включают:

- угрозу смерти, ранения или увечья;
- гибель близких и товарищей;
- наблюдения страданий, смертей, изуродованных тел;
- недостатки или отсутствие медицинской помощи;
- дефицит информации или избыток угрожающих впечатлений и негативной информации, противоречивость сведений, неуверенность, изоляцию;
- дефицит времени для принятия правильного решения;
- переживание последствий ошибок управления войсками, организационную суету;
- внезапность начала военных действий и психологическую неподготовленность к ним;
- изнуряющее ожидание опасности с вынужденным и тягостным бездействием;

- переживание неудачи или вины, особенно в случае переживания, что «кто-то погиб вместо меня»;
- исполнение обязанностей, превышающих уровень подготовки;
- отсутствие районов спокойного тыла;
- затяжной характер, отсутствие наглядных успехов в войне, понесенные ранее поражения и неудачи;
- утрата веры в победу или справедливость войны;
- межличностные конфликты на службе, конфликты с командирами;
- удручающие известия из дома.

Нередко в основе развития БСР лежит внутренний конфликт между инстинктивными побуждениями оставить поле боя и чувством долга и ответственностью перед товарищами. Один из наиболее существенных факторов, влияющих на способность преодолевать трудности на войне и справляться со стрессом, — это наличие боевого опыта и должной военной подготовки [Литвинцев С.В. и др., 2005; Снедков Е.В., 2007; Booth-Kewley S., 2010; Field Manual 4-02.51, 2006; Fogle B.M., 2020; Hoge C.W., 2004; Jones F.D., 1995; Macgregor A.J., 2013; Mota N.P., 2019; Xue C., 2015; Overstreet C., 2021].

Согласно когнитивной модели, ПТСР закрепляется, когда психическая травма перерабатывается таким образом, что это приводит к ощущению текущей угрозы, а оно возникает вследствие чрезмерной негативной оценки события и нарушения автобиографической памяти, характеризующегося слабой переработкой и контекстуализацией, сильной ассоциативной памятью и сильным перцептивным праймингом — произвольным влиянием травмирующего стимула на обработку последующих стимулов [Ehlers A., 2000, 2002].

Совершенно особое значение в развитии боевой психической патологии имеет *соматогенный фактор*, включающий патогенное влияние ранений, травм головы и заболеваний. Перенесенные боевые ранения, травмы и особенно увечья оказываются факторами, способствующими возникновению наиболее

тяжелых форм реактивных состояний и аддиктивных расстройств. Они значительно увеличивают риск развития хронического ПТСР в отдаленном периоде. В связи с этим постстрессовые расстройства значительно чаще встречаются у инвалидов, чем среди остальных ветеранов [Резник А.М., 2022; Снедков Е.В., 1997; Dirkzwager A.J. et al., 2001; Friedman M.J. et al., 1994; Hume F., Summerfield D., 1994; Lesic A., Opalic P., 2003].

Принципиально важно понимание того, что различные патогенные факторы боевой обстановки, как правило, оказывают свое негативное влияние в комплексе, и выделить, какой из них оказался наиболее актуальным, в конкретном случае бывает трудно. Кстати, в основном по этой причине в годы Великой Отечественной войны наиболее частым диагнозом, который выносили психиатры, являлась «контузия». Тогда в связи с массированным применением авиации и артиллерии почти у всех больных с пограничными психическими расстройствами обнаруживались более или менее выраженные неврологические симптомы, когнитивные нарушения и нарушения слуха и речи. С другой стороны, «полиэтиологичность и сложность патогенеза определяют особенности течения закрытой травмы мозга, полученной в боевой обстановке, и своеобразии клинической картины, в которой выявляется единство органических, функциональных и психогенных нарушений» [Тимофеев Н.Н., 1945]. Впервые после Второй мировой войны массовые потери из-за контузий стали наблюдаться во время специальной военной операции (СВО) на Украине.

1.4. Социальные факторы и влияние организации военной службы

Возникновение и формирование боевой психической патологии нередко связано с социально-психологическими факторами. Среди макросоциальных можно назвать такие факторы, как:

- низкая популярность войны в народе и среди военных;
- недостаточно очерченные цели, которые государство ожидает достичь военным путем, неясность роли армии в проводимой операции;

- наличие диссонанса между официальными версиями военных событий и действительностью, замалчивание или искажение правды;
- попытки политического руководства вести войну «в белых перчатках»;
- боевые действия против партизан и полицейские операции против населения, их поддерживающего;
- наличие или отсутствие социальной поддержки участников и ветеранов.

Огромное значение в сохранении боевого духа военнослужащих, боеспособности всей армии и готовности общества приносить жертвы во имя победы имеет правильная и эффективная работа средств массовой информации. В противном случае в плену ложных сведений, получаемых из телерепортажей, могут оказаться не только простые обыватели, но даже военное и политическое руководство страны. Наглядными примерами тому могут служить война США и их союзников во Вьетнаме (1964–1973 гг.) и так называемое восстановление конституционной законности и правопорядка на территории Чеченской Республики (1994–1996 гг.), во время которых некомпетентные и неуправляемые СМИ «одержали победу» над собственными армиями и государствами [Дэвидсон Ф.Б., 2005; Иванов Ф.И., 1970; Литвинцев С.В. и др., 2003; Dobson M., Marshall R.P., 1997; Fontana A., Rosenheck R., 1993, 1994; Jones F.D., 1995].

На способность переносить боевой стресс и на психическое здоровье солдат существенно влияют военно-социальные или организационные факторы:

- сплоченность воинских коллективов;
- наличие в подразделениях опытных ветеранов (особенно среди командиров);
- качество и авторитет руководства;
- действенная система пополнения и ротации войск;
- качественное обеспечение оружием, боеприпасами и продовольствием;

- уверенность в своевременной и качественной медицинской помощи;
- умелое поддержание боевого духа войск [Gabriel R.A., 1986; Hibler R.J., 1984; Kormos H.R., 1978; Loo C.M. et al., 2001].

Нельзя забывать, что стрессовые реакции участников войны могут быть связаны с семейными проблемами и неурядицами, что усугубляется отрывом от семьи и невозможностью что-либо предпринять [Литвинцев С.В. и др., 2003; Dobson M., Marshall R.P., 1997].

Получены доказательства, что наличие в прошлом травмирующего опыта не только делает человека более уязвимым к новым стрессорам, но и повышает риск повторных трагических событий. Так, изучение биографии американских участников локальных войн показало, что после пережитого боевого стресса и развившегося ПТСР они чаще подвергаются воздействию новых травмирующих событий. Отчасти это объясняется тем, что ветераны одной войны нередко становятся добровольными или, на первый взгляд, невольными участниками других вооруженных конфликтов или рискованных предприятий мирного времени [Ахмедова Х.Б., 2003; Orcutt H.K. et al., 2002].

1.5. Психофизиологические и патофизиологические механизмы

Использование метода провокации симптомов показало, что в ответ на прослушивание аудиозаписи персонально травмирующего события у лиц, страдающих ПТСР, возникают реакции активации симпатической нервной системы с увеличением уровня катехоламинов, учащением пульса, повышением артериального давления и сопротивлению кожи, субъективным дистрессом. У лиц с ПТСР выявлено усиление реакции испуга на неожиданный стимул.

В стрессовых ситуациях у больных ПТСР отмечено повышение реакции норадренергической системы, в первую очередь в голубом пятне (*locus coeruleus*) и его ответвлениях, которые активизируются в случае тревоги и психической травмы по механизму рефлекса физического стресса «борись или беги» (*fight/flight*), описанного У.Б. Кэнноном (W.B. Cannon, 1927). Голубое пятно, в котором сосредоточено большинство норадренергических клеток, эфферентно связано с моторным, сердечно-сосудистым, нейроэндокринным и

когнитивным ответом организма. Норадренергической системе отводится также важная роль во внимании, возбуждении, поведенческих и сердечно-сосудистых реакциях. В связи с этим считают, что усиление ряда физиологических реакций при стрессовых обстоятельствах и условных стимулах страха у лиц с ПТСР указывает на дисрегуляцию норадренергической системы [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003; Beckman J.C. et al., 2002; Blanchard E.B. et al., 1991; Bleich A. et al., 1994; Jones F.D., 1995; Halligan S.L. et al., 2002; Southwick S.M. et al., 1994].

Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему («ось стресса»), ренин-ангиотензиновую систему. При этом высвобождаются различные «гормоны стресса», такие как катехоламины, кортикостероиды, глюкагон, гормон роста, ренин, которые ведут к повышению активности сердечно-сосудистой системы. В частности, гипоталамус производит кортикотропин-рилизинг гормон, который впоследствии стимулирует выработку гипофизом адренокортикотропного гормона, стимулирующего выработку надпочечниками глюкокортикоида кортизола. Кортизол, поступая в кровоток, через механизм обратной связи тормозит выработку кортикотропин-рилизинг фактора в гипоталамусе и адренокортикотропного гормона в гипофизе. Ряд исследований показал, что при хроническом ПТСР концентрация кортизола в биологических жидкостях снижается. В связи с этим стимулируется продукция адренокортикотропного гормона и кортикотропин-рилизинг фактора. В свою очередь, кортикотропин-рилизинг фактор, будучи нейротрансмиттером, вызывает активацию locus coeruleus и таким образом стимулирует выброс норадреналина [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003; Aardal-Eriksson E. et al., 2001; Black P.H., Garbutt L.D., 2002; Mason J.W. et al., 2002; Shear K.M., 2002; Solter V. et al., 2002].

С помощью позитронной эмиссионной томографии, функционального магнитно-резонансного исследования (functional Magnetic Resonance Imaging) и отдельно фотонной эмиссионной компьютерной томографии (single photon emission computed tomography), которые разными способами измеряют региональный церебральный кровоток, выявлены гиперперфузия лимбических

отделов (amygdala) и зрительного кортекса, снижение регионального церебрального кровотока в верхнефронтальном кортексе и хвостатом ядре (nucleus caudatus) и префронтальной коры. Предполагается, что, с одной стороны, при ПТСР нейтральные стимулы и стимулы, связанные с травмой, активируют лимбическую систему, с другой стороны, префронтальные отделы коры неудовлетворительно осуществляют функцию торможения, из чего вполне возможно сделать вывод, что в происхождении перцептивно спровоцированных симптомов активации при ПТСР лежат скорее субкортикальные процессы, определяющие эмоционально обусловленную моторную готовность, а не кортикально-контролируемые механизмы памяти [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003; Hendler T. et al., 2002; Hull A.M., 2002; Lucey et al., 1997; Pissiota A. et al., 2002; Shin L.M. et al., 2004].

Обобщая сказанное, надо признать сложный, комплексный характер боевого стресса и суммарное влияние множества неблагоприятных факторов на развитие боевой психической травмы (см. приложение 1). С учетом индивидуальной биологической чувствительности к психической травме и склонности к развитию стрессовых расстройств вполне актуальным остается предложенное четверть века назад Р. Йегудой (R. Yehuda, 1997) понятие «расстройства посттравматической чувствительности» (posttraumatic sensitization disorder).

Индивидуальная психологическая восприимчивость к стрессу может объясняться тем, что субъективная оценка даже относительно умеренного стрессора в качестве опасного для жизни запускает цепь тех же стрессовых нейробиологических реакций, что возникают в ситуациях, представляющих прямую угрозу жизни. В клинике это находит свое подтверждение, с одной стороны, в том, что разные люди проявляют патологические реакции в ответ на стрессоры разной тяжести, а с другой — в том, что не каждый индивид реагирует появлением психического расстройства в ответ на стрессоры даже

экстремального уровня [Линдауэр Р.Й.Л. и др., 2003; Black P.H., Garbutt L.D., 2002; Yehuda R., 1997].

ПТСР может оказаться системным заболеванием всего организма человека, затрагивающим множество биологических доменов, включая гены, белки, клетки, ткани и целые физиологические процессы. В связи с этим еще в 2012 г. американский департамент обороны (министерство обороны) инициировало создание «Консорциума системной биологии посттравматического стрессового расстройства» для применения всего спектра так называемых омиксных технологий к одной и той же выборке ветеранов с ПТСР и участников контрольной группы [Dean K.R., 2020].

Стрессовые расстройства, казалось бы, относятся к наиболее предотвратимым медицинским последствиям войны, и риск ПТСР можно снизить с помощью ранних профилактических вмешательств. Однако эти вмешательства требуют настолько существенных затрат, что делает невозможным предлагать их всем лицам, подвергшимся травме, учитывая, что только у незначительного меньшинства из них развивается ПТСР. Эти вмешательства не нужны и многим пострадавшим, которые выздоравливают спонтанно. Чтобы военной психиатрии быть экономически эффективной, необходимы правила прогнозирования риска с целью определения, какие лица подвержены влиянию боевого стресса.

Попытки создания инструментов прогнозирования вероятности ПТСР предпринимались и ранее, но все новые и новые достижения молекулярной биологии и нейрофизиологии прямо сейчас открывают невиданные ранее перспективы развития теории и практики психиатрии войн и катастроф [Horn S.R., 2016; Kearns M.C., 2012; Kessler R.C., 2000; Roberts A.L., 2011; Shalev A.Y., 2012, 2017].

2. Клинические проявления реакций боевого стресса

2.1. Подходы к диагностике и классификация реакций боевого стресса

Клиника «боевого утомления» (battle fatigue) или «реакций боевого стресса» (combat stress reaction) включает разнообразные симптомы и синдромы, возникающие под действием боевых стрессоров (приложение 4). Обычно среди признаков боевого утомления преобладают симптомы астении, тревоги, диссоциативных расстройств, а депрессия рассматривается как их конечное состояние. В действительности встречается множество других симптомов: сверхнастороженность, раздражительность, гнев и ярость, тоска и чувство вины, невнимательность, потеря уверенности и веры в себя, бессонница, падение работоспособности, физический дискомфорт, оцепенение и неподвижность, безрассудные действия, ужас и паническое бегство, изнуренность и апатия, утрата навыков, расстройства речи, нарушения зрения, слуха и осязания, мышечная слабость и параличи. Чрезмерный боевой стресс может увеличивать заболеваемость, нарушая гигиену и защитные меры, а также ослабляя иммунитет. Он может прогрессировать до расстройств поведения, суицидальных действий и даже убийств. Боевой стресс способствует ошибкам в оперативных и тактических решениях, которые со временем могут увеличить потери [Руководство..., 1999; Field Manual 4-02.51, 2006; Solomon Z. et al., 1990; Yitzhaki T. et al., 1991].

Надо признать, что термины «боевое утомление» и «реакция боевого стресса» клинически не вполне адекватны, так как являются собирательными обозначениями всех вариантов острых реакций на боевые стрессоры и не позволяют синдромологически определить состояние. Однако на практике они имеют множество преимуществ:

- они понятны каждому, даже непрофессионалу;
- подчеркивают механизмы развития боевой психической патологии;
- дают возможность избежать в боевой обстановке множества понятий и терминов, по-разному понимаемых различными школами;

- упрощают диагностику, когда сложно и нет времени проводить дифференциальный диагноз;
- определяют единые лечебно-организационные подходы;
- подразумевают наличие обычной реакции на чрезмерное напряжение и дистресс и указывают на перспективу быстрого улучшения после отдыха.

Напротив, такие термины, как «психоз», «невроз», «расстройство адаптации», «истерия», «конверсия», «паралич», создают впечатление о серьезности заболевания и о сомнительности выздоровления, поэтому их следует избегать [Руководство..., 1999; Belenky G.L. et al., 1982; Defayolle M., Savelli A., 1980; Jones F.D., 1995; Stokes J.W., 1984].

В тех случаях, когда РБС проявляются нарушениями воинской дисциплины, в американской армии используется понятие боевой усталости с предосудительным (неприемлемым) боевым стрессовым поведением (combat misconduct stress behavior) (см. приложение 3). Оно охватывает широкий диапазон: от мелких нарушений уставных требований до серьезных проступков и преступлений. Среди них встречаются употребление наркотиков, драки и недисциплинированность, увиливание от службы под видом ранения или болезни, членовредительство, уклонение или отказ от выполнения приказа, самовольные отлучки и дезертирство, отказ взятия в плен или убийство пленных, применение пыток, грабеж, мародерство, насилие и убийство мирных жителей, фрэггинг — убийство своих командиров (fragging, frag — fragmentation grenade, «осколочная граната»). Причем подчеркивается, что даже незначительные, на первый взгляд, проявления неприемлемого поведения, такие как убийство животных, могут служить сигналом наступающей дизадаптации и предвестником более тяжелых проступков. Мало того, случаи неприемлемого стрессового поведения должны служить предупреждением, что в подразделении, где они повторяются, следует ожидать большого числа потерь из-за РБС. Таким образом, любое проявление недисциплинированности должно

пресекаться или служить поводом для выяснения наличия боевого утомления [Руководство..., 1999; Field Manual 4-02.51, 2006].

Клинико-психопатологический анализ показывает, что в условиях локальной войны структура РБС представлена патологическими состояниями *предболезненного уровня* (реакции эмоционального напряжения (возбуждения) и преневротические реакции) и *нозологического уровня* (острые реакции на стресс, невротические, патохарактерологические реакции и острые транзиторные реактивные психозы) [Литвинцев С.В., 1994; Снедков Е.В., 1992, 1997].

В ситуациях кратковременного и интенсивного воздействия боевых стрессоров чаще наблюдаются острые реакции эмоционального возбуждения или напряжения (кризисные, дисгармоничные), реакции со скоротечно меняющейся картиной эмоционально-аффективных, двигательных и психовегетативных симптомов. Менее ярко и на фоне относительно более длительного боевого стресса с отчетливой составляющей интерперсональных конфликтов проявляют себя варианты психологической дисгармонии, объединяемые термином «преневротические состояния». Малозаметными для окружающих, а тем более для самих комбатантов являются донозологические реакции у лиц с легкими и умеренно выраженными аномалиями (акцентуациями) (см. приложение 4).

Развитие дизадаптивных расстройств приводит к временным нарушениям общего функционирования и может расцениваться как инициальный этап формирования патогенетического механизма, который при продолжающемся влиянии неблагоприятных факторов приведет к развитию клинически выраженного психического расстройства. Своевременная диагностика предболезненных нарушений адаптации представляется очень важной, так как естественные компенсаторные (саногенетические) механизмы еще преобладают в сравнении с патогенетическими, поэтому психические отклонения имеют ситуационный и преходящий характер, они быстро исчезают при выходе из патогенной ситуации или даже ослаблении действия неблагоприятных

факторов. Своевременное психокоррекционное вмешательство в подобных случаях может восполнить физиологический дефицит и предотвратить развитие болезни.

О переходе реакций боевого стресса к нозологически очерченным болезненным расстройствам свидетельствуют:

- стойкая и выраженная психологическая и социальная дизадаптация;
- значительное снижение или утрата способности выполнять обязанности;
- синдромальное структурирование симптоматики;
- формирование определенного регистра психической патологии;
- относительная стабилизация личностной патологии;
- сохранение симптоматики вне действия стресс-факторов.

Абсолютно надежные и четкие границы между предболезненными и болезненными нарушениями провести затруднительно, поскольку между нормальными и патологическими явлениями возможны самые разнообразные и многочисленные переходные ступени и временные колебания [Ганнушкин П.Б., 1908; Корольков А.А., Петленко В.П., 1977; Резник М.И., 1981].

2.2. Острые реакции на стресс

Острые реакции на стресс представляют собой внезапно возникающие и стремительно протекающие состояния крайнего эмоционального возбуждения, обусловленные психическими травмами и кризисными ситуациями, проявляющиеся выраженными двигательными и вегетативными проявлениями при утрате контроля сознания за действиями и неспособности прогнозировать последствия.

Применительно к Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) они в целом соответствуют острым реакциям на стресс в рубрике F43.0 (приложение 5), а применительно к МКБ-11 — острым реакциям на стресс (QE84), которые теперь разработчиками классификации исключены из группы психических расстройств, связанных со стрессом, и помещены в главу МКБ-11, где перечислены причины обращений за медицинской помощью, не

являющиеся заболеваниями или расстройствами (см. приложение 2). Так или иначе, острые реакции на стресс очень быстро выходят за рамки функциональной нормы и не просто ведут к психической дезадаптации, выраженному психомоторному возбуждению, утрате целесообразности поведения, но и становятся опасными для жизни самого комбатанта и окружающих людей.

Острые реакции на стресс возникают под воздействием интенсивных, актуальных для личности психотравм. Важной предпосылкой развития острой реакции на стресс становится предшествующее пусковой травме длительное истощающее влияние боевой обстановки. Аффективный взрыв возникает по-настоящему внезапно, как непосредственно вслед за сильной психической травмой, так и после внешне малозначительного события, которое носит характер триггера после кумулирования конфликта и истощения компенсаторных механизмов.

Острые реакции на стресс могут носить предболезненный (дизадаптивный) или явно болезненный (клинически выраженный) характер. Это зависит от выраженности эмоционального взрыва и степени аффективного сужения сознания; степени нарушения избирательности и произвольности поведения и, в первую очередь, способности военнослужащего к целесообразным применительно к боевой обстановке поступкам, а также длительности или стойкости психических отклонений.

Ведущие признаки острых реакций на стресс, возникавших в боевой обстановке:

- внезапное возникновение и стремительное протекание;
- взрывное нарастание эмоциональных переживаний;
- «сужение сознания» за счет фиксации внимания субъекта на эмоционально значимых переживаниях и оттеснения на периферию остальных ранее существенных объектов восприятия;
- выбор средств и путей реализации деятельности под влиянием доминирующих эмоциональных переживаний;

- нарушение целесообразности или мотивосообразности поведения;
- резкое сужение способов разрешения психотравмирующей ситуации;
- нарушение прогнозирования последствий;
- яркие вегетативные проявления.

Острые реакции на стресс могут проявляться следующими, наиболее частыми вариантами:

- бурными эмоциональными взрывами с гневом, двигательным возбуждением и агрессией;
- возбуждением с демонстративными драматизированными действиями, показными угрозами самоубийства, членовредительством;
- внезапными реакциями бегства, с уходами из расположения части и бесцельными блужданиями;
- разрядкой аффекта на себя с суицидальными действиями, как правило, с использованием огнестрельного оружия;
- реакциями боевой экзальтации, сочетающими в себе черты тревожного возбуждения и своеобразной эйфории.

После резкого спада эмоционального и двигательного возбуждения наступает стадия истощения с глубокой физической и психической астенией, переживанием растерянности, опустошения, потрясения, раскаяния, иногда бесцельным бегством.

2.3. Невротические реакции

Невротические реакции проявляются устойчивыми, клинически выраженными, синдромально оформленными эмоциональными, астеническими и соматовегетативными расстройствами, возникающими в связи с непосредственным воздействием стресс-факторов, препятствующими исполнению служебных обязанностей и в существенной степени снижающими боеспособность.

В соответствии с МКБ-10 невротические реакции могут быть отнесены к расстройствам адаптации с преобладанием нарушения эмоций (F43.20–43.23), а

в проекте МКБ-11 — к расстройствам адаптации в рубрике 6B43 (см. приложения 2, 5). Их основные признаки в условиях боевой обстановки:

- постепенное нарастание и пролонгированное во времени развитие болезненного состояния;
- тревога, депрессивные и астенические проявления — ведущие симптомы;
- выраженные и разнообразные соматовегетативные нарушения;
- сочетание субъективного страдания с объективно выраженными психопатологическими признаками;
- чуждые своему «Я», эго-дистонные переживания (тягостные, проблематичные, иррациональные), когда каждая новая, даже незначительная, трудность вызывает усугубление болезненных переживаний, нарастание интенсивности интерперсональных конфликтов;
- выявляемое при клиническом и экспериментально-психологическом исследовании негативное отношение к военной службе;
- значительное снижение способности выполнять свои функции, утрата боеспособности;
- сохранение симптомов вне непосредственного влияния боевых стрессоров.

Среди невротических реакций в боевой обстановке преобладают астено-депрессивные, тревожно-обсессивные, истеро-невротические и диссоциативные варианты.

Астено-депрессивные реакции являются преобладающими (более 50%), наиболее тяжелыми и однотипными. По степени выраженности они близки к реактивной депрессии. Их основными клиническими признаками выступают: формирующийся на астеническом фоне однообразный, маловыразительный, тоскливый аффект с витальным оттенком, нередко мыслями о самоубийстве; ипохондричность; апатичный оттенок депрессии.

Тревожно-обсессивные реакции встречаются у трети всех переносящих невротические реакции. Им обычно предшествует воздействие стрессоров, связанных с угрожающими жизни ситуациями. Нередко они развиваются у перенесших ранение. Ведущими клиническими признаками являются: переживание события войны с ощущением страха, безысходности, несправедливости; проекция тревоги в будущее; депрессивные, астенические и психовегетативные симптомы; частое повторяющееся переживание травматических событий в навязчивых воспоминаниях и сновидениях. Эти реакции часто становятся предшественниками формирующегося в последующем ПТСР.

Истеро-невротические реакции встречаются нечасто — примерно у 15% участников боевых действий. В отличие от прочих невротических реакций, они тесно связаны с соответствующей акцентуацией характера. Их ведущие признаки: демонстративные жалобы; стремление привлечь к себе внимание; склонность к вымыслам и преувеличениям; многообразие разрозненных, условно желательных, соматизированных нарушений и ипохондрии с «бегством в болезнь»; суицидальный шантаж и демонстративные уходы из части; противоречие между внешне выраженным нарушением функционирования и хорошими способностями при достижении желаемого.

Диссоциативные (конверсионные) реакции (6,8% среди прочих невротических реакций) чаще всего развиваются на фоне акцентуаций характера, но лишь в 18% — на фоне акцентуации истерического типа. Их возникновению в боевой обстановке всегда предшествует острое стрессовое воздействие, отождествляемое с угрозой жизни. Формирование диссоциативных нарушений в связи с боевым стрессом часто становится важной предпосылкой последующего развития ПТСР. Ведущими признаками диссоциативных реакций являются: возникновение в момент сильного стресса или сразу после него; доминирование среди психических диссоциативных феноменов явлений амнезии, чувства нереальности происходящего вплоть до аутокопии; преобладание среди двигательных-чувствительных нарушений мутизма,

амавроза, парезов, астазии-абазии; частое сочетание конверсионной симптоматики с симптомами тревожного ряда и реже (в 31% случаев) — с собственно истерическими поведенческими проявлениями; тяжелое расстройство функционирования. Диссоциативные расстройства физиологических и двигательных функций часто возникают после взрыва, иногда после напряженного боя или на фоне крайне тяжелого психического и физического утомления [Мясищев В.Н. и др., 1945; Руководство..., 1999; Снедков Е.В., 1997; Сухарева Г.Е., 1943; Тимофеев Н.Н., 1947; Difede J. et al., 2002; Marshall G.N., Schell T.L., 2002; Pitman R.K. et al., 1990; Rivard J.M. et al., 2002; Voiss D.V., 1995].

2.4. Стойкие изменения личности и патохарактерологические реакции

Изменения характера у ветеранов чаще всего существуют лишь на донозологическом (предболезненном) уровне, когда они не воспринимаются как болезнь не только субъективно самими ветеранами, но и большинством окружающих и в целом не нарушают социальной адаптации, а проявляют себя лишь в специфических неблагоприятных условиях. Предболезненный характер таких личностных трансформаций не всегда отмечается и становится понятным лишь при дальнейшем развитии патохарактерологических реакций.

Наиболее общие черты личностных изменений комбатантов:

- способность к моментальной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией, с оптимальным нейровегетативным обеспечением данного режима психического функционирования;
- выраженная изменчивость настроения с полярной экстатической или дисфоричной его окраской, экзальтированностью общения, чрезмерным экспрессивным выражением чувств;
- сужение диапазона эмоциональных проявлений, склонность к «трехмерным» (тоска, злоба, страх) расстройствам эмоций;

- преобладание апатии, угрюмого настроения, отгороженности и склонности к уединению по мере увеличения срока службы в зоне боевых действий;
- хроническая тревожность с постоянной настороженностью и ожиданием опасности;
- односторонняя гиперпрозексия (гиперактивность внимания) в отношении раздражителей, которые могут быть потенциально опасными;
- тенденция воспринимать и оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности, легкость в этих обстоятельствах возникновения враждебности;
- готовность к импульсивному защитному реагированию и переключению на автоматическое стереотипное выполнение привычных в боевой обстановке действий в виде укрытия, избегания либо агрессии в отношении источника опасности;
- повышенная готовность к развитию диссоциативных состояний;
- особая ранимость и повышенная чувствительность к несправедливости;
- легкость возникновения чувства вины перед боевыми товарищами, которые остались на передовой, погибли или получили ранения;
- появление своеобразных изменений самосознания, напоминающих симптоматику дереализации-деперсонализации, при которых сначала все вокруг воспринимается не вполне реальным, происходящим как будто «во сне», нередко с элементами «уже виденного и пережитого», с чувством замедления течения времени, а по мере продолжения пребывания в боевой обстановке, напротив, привычным, с кажущейся «призрачной» и «отдаленной» мирной жизнью;

- низкая восприимчивость к малозначимым раздражителям или обстоятельствам, требующим дополнительных психических затрат, в том числе снижение восприимчивости к чужим страданиям и смерти, уход от решения нравственных проблем, облегчающих господство групповых ценностей;
- ослабление интрапсихической переработки впечатлений, снижение способности к вербализации впечатлений и переживаний;
- часто наблюдающиеся в часы отдыха своеобразные состояния «бездумья» или, наоборот, вереницы всплывающих помимо воли воспоминаний и представлений пережитых событий, сопровождающихся острым физическим ощущением тревоги, которым способствует снижение тонуса сознания (засыпание, сон, алкогольное опьянение);
- ухудшение способности к умственной работе, требующей длительного напряжения внимания, точности и усидчивости, а также воспроизведения приобретенных в прошлом знаний, с характерным изменением работоспособности, которая приобретает характер следующих один за другим «рывков», с быстрым подъемом ее до максимума и таким же быстрым падением до нового усилия;
- выраженные, достигавшие витального уровня ностальгические переживания и идеализированные надежды на будущее, сочетающиеся с тревогой перед возвращением в обычную среду, особенно сильной после получения ранения или травмы;
- усиление потребности в снятии аффективного напряжения (тревоги, тоски и злобы) посредством приема алкоголя или иных ПАВ;
- нередкое проявление измененных форм опьянения с дисфорическими и псевдопараноидными картинами.

Под влиянием боевых стресс-факторов искажается смысловая сфера личности комбатантов, особенно молодых людей. В крайних случаях наблюдается переживание экзистенциального кризиса с переживанием утраты

смысла не только войны и своего участия в ней, но самого существования, веры в людей. Когда участник войны успешно справляется с травмирующим опытом, значимыми мотивами его поведения становятся признание в воинском коллективе, помощь или спасение товарищей, отдавание дани памяти погибшим друзьям. Зачастую эти мотивы становятся определяющими конкретные поступки, причем как связанные с выполнением боевых задач, так и нарушающие дисциплину. Нередко нравственные требования к себе и другим у участников боевых действий приобретают характер моральной ригидности. Она проявляется поляризацией оценок, жестким делением различных жизненных ситуаций, конкретных людей и даже групп населения на вызывающих позитивное или резко негативное отношение. Шкала нравственных оценок подчас приобретает двоичный характер: «наш — чужой», «друг — враг». Общепринятые требования, не прошедшие, по их мнению, проверку на истинность в боевой ситуации, в повседневной жизни могут легко игнорироваться. Система ценностных образований ветеранов становится действительным регулятором разных сторон их деятельности как в боевой обстановке, так и в последующей мирной жизни.

Основные черты, приобретаемые на войне, в общих чертах описаны в рубрике F62.0 МКБ-10 — «Хроническое изменение личности после переживания катастрофы». Однако его диагностические критерии предусматривают, что личностное изменение является хроническим исходом ПТСР, причем последнее должно существовать не менее двух лет, прежде чем станет возможным установление этого диагноза. На войне все происходит наоборот: вначале формируются новые реактивные способности, стойкие приспособительные изменения, а уже потом, часто после возвращения к мирной жизни, под влиянием тех или иных дополнительных вредностей манифестирует тот или иной вариант БСР. В проекте МКБ-11 многие типичные особенности коммуникации и поведения учтены, и для обозначения ПТСР, которое сопряжено с выраженными нарушениями эмоциональной регуляции, дисфункциональными когнициями, чувством вины, трудностями

коммуникации, введена специальная рубрика — 6В41 (осложненное ПТСР) (см. приложение 2).

Приобретенные на войне условно адаптивные устойчивые личностные черты обуславливают дальнейшую социально-психологическую дизадаптацию ветеранов в условиях мирной жизни. Однако еще в период участия в боевых действиях у лиц с только формирующимися личностными изменениями, в связи с истощением ресурсов или на фоне дополнительных стрессоров и ставших уже непереносимыми психических травм, могут возникать клинически выраженные нарушения поведения в форме патохарактерологических реакций, приводящие к снижению или утрате боеспособности.

Патохарактерологические реакции представляют собой *приобретенные психогенные динамические реакции, клинически проявляющиеся резким заострением патологических черт личности и нарушениями поведения*. Как правило, такие реакции скоротечны и длятся в течение нескольких часов или дней и выступают в форме бурных аффективных разрядов. В соответствии с МКБ-10 наблюдавшиеся у участников боевых действий патохарактерологические реакции могут быть отнесены к расстройствам адаптации с преобладанием нарушения поведения (F43.24).

От психопатических декомпенсаций такие расстройства адаптации отличаются отсутствием ранее структурированного расстройства личности, возникновением в непосредственной связи с воздействием стрессоров, парциальностью дисгармонии личности и обратимостью. Кроме того, у многих обследованных военнослужащих, имеющих разнообразные личностные черты, не выходявшие на уровень расстройства личности, под влиянием боевых стрессоров происходит развитие довольно однотипных эксплозивных реакций по типу неоднозначных или «инверсных» реакций, которые могут прослеживаться еще до момента окончательного формирования определенной личностной дисгармонии [Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999; Нечипоренко В.В., 1989; Куликов В.В., Шостакович Б.В. и др., 2000; Попов Ю.В., 1986; Фрейеров О.Е., 1961; Шостакович Б.В., 1987].

У участников боевых действий наиболее распространены, клинически выражены и представлены примерно с равной частотой патохарактерологические реакции неустойчивого, истерического и аффективно-эксплозивного вариантов.

Патохарактерологические реакции *неустойчивого типа* возникают у индивидов, ранее имевших черты соответствующей акцентуации. Предпосылками их развития выступают неумение бороться с трудностями, неспособность к оценке последствий своих поступков, незрелые способы защиты от стресса по типу «бегства из ситуации». Все это становится почвой для эмоционального отвержения и неуставного обращения со стороны сослуживцев, что ведет лиц с неустойчивыми чертами к совершению дисциплинарных проступков, чаще всего — уходу из расположения части с беспечным бродяжничеством, симуляции и членовредительству.

Патохарактерологические реакции *истерического типа* формируются на почве уже имеющихся «драматических» черт характера. В их развитии играют роль опасения перед службой в боевой обстановке, инфантильный эгоцентризм, позерство и противопоставление себя коллективу, ведущие к конфликтам с сослуживцами. Такие патохарактерологические реакции протекают в виде часто рецидивирующих демонстративных поведенческих нарушений: суицидального шантажа, имитации психопатологических симптомов, уходов из расположения части. Все эти действия сопровождается «накачкой чувств»: напускной бравадой, криками, рыданиями, вспышками раздражения или наигранного негодования, требованиями перевести их в другую часть.

Патохарактерологические реакции *аффективно-эксплозивного типа* чаще, но не всегда формировались у лиц с заметными эмоционально неустойчивыми (возбудимыми) чертами характера. Причем подавляющее большинство военнослужащих с данными патохарактерологическими реакциями приходится на тех, кто длительное время принимал непосредственное участие в боевых действиях. Постепенно у таких военнослужащих все более характерными становятся развязность и бестактность в общении, конфликтность с

гиперреактивным эмоциональным фоном, застойный характер негативных эмоций, слабый эмоциональный контроль, изменчивость настроения, склонность к угрюмо-злобному настроению. Патохарактерологические реакции возникают, как правило, в тех ситуациях, когда кто-либо пытается ущемить их личные интересы. Проявляются реакции оппозиционно-аффективными взрывами с вызывающим поведением, своеволием и открытым неподчинением, бранью, угрозами и грубой агрессией, стремлением поступать «назло» окружающим, вымещать на них гнев и обиду. Обычным способом разрешения конфликтов является применение оружия в отношении обидчиков. При этом дизадаптация в основном касается интерперсональных отношений, тогда как боеспособность на поле боя часто остается высокой.

Даже в случае многократного повторения или формирования патологического стереотипа поведения чаще всего есть основания говорить о транзиторном расстройстве личности, так как в ситуации ослабления влияния стресс-факторов патологическое реагирование ослабевает. Не следует спешить с установкой диагноза «расстройство личности» — он должен подкрепляться надежной анамнестической информацией, а еще лучше катамнезом. В тех случаях, когда у ветерана на войне усиливаются и закрепляются исходные патологические черты характера или приобретаются новые стойкие личностные отклонения, скорее всего, в дальнейшем возникнут трудности на службе и с адаптацией к мирной жизни. Однако и в этих случаях, особенно при отсутствии дополнительных вредных факторов, большинство аномальных черт характера со временем сглаживается, а риск нарушений поведения максимален в первые годы после возвращения с войны.

При всем этом обязательно нужно помнить, что формирующиеся на войне личностные черты — решительность, чувство ответственности, ориентация на взаимопомощь — гораздо чаще способствуют проявлению стойкости, мужества, верности воинскому долгу и героизму. Большинство ветеранов неплохо справляются и с боевым стрессом, и с возвращением к мирной жизни. Многие

участники войны впоследствии ностальгически вспоминают свою службу, окрашенную чувством общей цели и товарищества.

2.5. Психические нарушения в связи с травмой головного мозга

Комплекс патогенных факторов боевой обстановки включает в себя влияние полученных ранений, травм, перенесенных болезней и длительной усталости, поэтому психопатологические проявления БСР часто сочетаются с психическими нарушениями иного регистра. В первой половине прошлого века у участников войн на первое место выдвигались психические расстройства, возникавшие вследствие минно-взрывной травмы головного мозга (контузии головного мозга). Дифференциальный диагноз между невротическими и невротоподобными расстройствами в связи с травмой мозга в таких случаях затруднен из-за схожести клинических проявлений и частоты комбинации в военных условиях психогенного влияния с воздушно-волновой травмой мозга. Диагностические трудности стали одной из предпосылок того, что в годы Великой Отечественной войны в Красной армии для обозначения большинства психических расстройств, развившихся в боевой обстановке, стало применяться собирательное понятие «контузия». В него включались почти все формы боевой психической патологии, вне зависимости от преобладания так называемых органических или функциональных нарушений.

Чтобы избежать спекуляций на тему предпосылок использования данной «универсалии», следует обратиться к определению, данному Н.Н. Тимофеевым в 1945 г.: «В группу контуженных относили обычно лиц, получивших закрытую травму мозга в результате взрыва снаряда. Сложность ее патогенеза определяется не только множественностью патогенных факторов, входящих в комплекс взрыва... но и сопутствующим воздействием других вредностей боевой обстановки: психической травмой, переутомлением, недосыпанием, недоеданием, большим моральным и физическим напряжением. Сложность этиологии и патогенеза определяет особенности течения закрытой травмы мозга, полученной в боевой обстановке, и своеобразие клинической картины, в которой выявляется единство органических, функциональных и психогенных

нарушений. Этим объясняется потребность в ином обозначении боевой травмы мозга, столь отличной от травмы мирного времени. Пользоваться термином «контуженный» следует по аналогии с понятиями «больной» и «раненый».

На лечение и восстановление боеспособности «контуженных» была ориентирована вся система оказания психиатрической помощи в Красной армии. И она показала высочайшую эффективность: в 1944–1945 гг. до 75% пострадавших с психическими расстройствами возвращались в строй. Спустя много лет черепно-мозговые травмы (ЧМТ) умеренной тяжести или сотрясение мозга (*mild traumatic brain injury/concussion*) стали называть «фирменной травмой» (*signature injury*) войн в Ираке и Афганистане. От 6,7 до 17% ветеранов этих военных операций в период командировки переносили ЧМТ умеренной тяжести, из них 56% сообщали, что получали более одного сотрясения мозга. Среди ветеранов, которые переносили в боевой обстановке ЧМТ, у 52% отмечалась неврологическая симптоматика (*neurological deficits*), у 89% имелся какой-либо психиатрический диагноз, от 66 до 73% имели признаки ПТСР, в 50% случаев — комбинацию ПТСР и неврологических нарушений.

Относительно сопряженности симптомов последствий ЧМТ (*post-concussive symptoms*) и ПТСР, а также риска стрессовых расстройств у лиц, получивших контузию, имеются противоречивые данные. По мнению ряда авторов, повторные травмы головного мозга повышали риск развития и ПТСР, и неврологической симптоматики, становились предпосылкой более тяжелого течения ПТСР и депрессии. В других исследованиях отмечается, что у ветеранов, переносивших ЧМТ умеренной тяжести, психосоциальные последствия в большей степени определяются имеющимися симптомами стрессовых расстройств, чем самой по себе травмой головы или ее неврологическими проявлениями. Отмечается также, что повышение частоты симптомов ПТСР наблюдается лишь в случае ЧМТ легкой степени тяжести, тогда как травма головы с тяжелыми неврологическими последствиями, напротив, характеризуется весьма низкой встречаемостью стрессовых симптомов.

Для объяснения частой коморбидности ПТСР и неврологических симптомов у ветеранов войн предложены разные объяснения. Во-первых, особенности боевой обстановки определяют одновременное получение минно-взрывной травмы головного мозга и психологической травмы; во-вторых, измененное церебральное функционирование после ЧМТ способствует уязвимости индивида к дополнительному психотравмирующему воздействию; в-третьих, легкая травма головы может не оставлять после себя существенных последствий, а имеющиеся симптомы полностью обусловлены психотравмирующим воздействием.

В ходе проведения специальной военной операции, наверное, впервые за многие десятилетия среди средств ведения войны вновь стала абсолютно преобладать артиллерия. Это уже повлекло за собой изменение санитарных потерь психиатрического профиля в сторону значительного увеличения числа пострадавших от минно-взрывной травмы головного мозга (контузии). На этапы медицинской эвакуации поступают военнослужащие, обнаруживающие клинические признаки и контузии, и РБС, которые взаимно осложняют и утяжеляют друг друга. Типичными становятся забытые со времени Великой Отечественной войны нарушения речи, переходящий сурдомутизм, при которых отсутствуют или быстро исчезают признаки очагового поражения ЦНС, что нередко становится причиной отнесения этих нарушений к истерическим и отрицания неврологами получения военнослужащим травмы головного мозга.

В то же время картина контузии легкой и умеренной степени тяжести давно описана и включает многообразные функциональные нарушения: астению с раздражительной слабостью или крайней истощаемостью, аффективную неустойчивость, выраженные вегетативные нарушения, в том числе лабильность терморегуляции (гипотермия после холода и гипертермия после жары), задержку гиперемии лица после кратковременного наклона головы, ослабление концентрации внимания и ухудшение оперативной памяти, переходящие неврологические симптомы (глухонмота, заикание, ухудшение координации движений, неустойчивость походки и отклонение от прямой линии

при выполнении трех шагов с закрытыми глазами, тремор, нарушения чувствительности, продолжительный нистагм после вращательных движений глаз) [Гиляровский В.А., 1944; Тимофеев Н.Н., 1945, 1957; Лобастов О.С., Спивак Л.И., 1985; Резник А.М., 2009; 2020; Снежневский А.В., 1947; Сухарева Г.Е., 1943; Garber B.G., 2014; Glenn D.M., 2002; Kennedy J.E., 2007; Koren D., 2006; Morissette S.B., 2011; Hoge C.W., 2008; Perkonigg A., 2000; Polusny M.A., 2011; Ruff R.L., 2012; Schneiderman A.I., 2008; Taylor B.C., 2012; Wilk J.E., 2012; Zatzick D.F., 2010].

2.6. Психотические расстройства

Анализ данных обеих мировых войн и ряда вооруженных конфликтов прошлого века и начала текущего столетия показывает, что частота психотических расстройств, возникающих на ТВД, колеблется в пределах от 1 до 2,5% от общего числа РБС. Они отличаются у ветеранов разных национальностей и различных войн в основном по содержанию позитивных симптомов. Относительное постоянство частоты реактивных психозов военного времени косвенным образом свидетельствует в пользу значения в их возникновении и формировании в основном конституциональной предрасположенности.

Во время войны впервые возникшие психозы, как правило, протекают в форме острых преходящих психотических расстройств. При выраженном полиморфизме всем им присущи следующие черты:

- острота и скоротечность;
- дезориентировка или фрагментарность восприятия окружающего;
- доминирование в аффективной сфере тревоги, страха, напряженности;
- выраженное психомоторное возбуждение или обездвиженность;
- фрагментарность и динамичность продуктивной психопатологической симптоматики;
- критическая редукция психоза;
- следующий за психозом этап астении.

Среди острых реактивных психозов боевой обстановки по частоте их встречаемости выделяются: 1) острые реактивные психозы с параноидными включениями; 2) псевдодементные формы (синдром Ганзера, «одичание»); 3) аффектогенный (диссоциативный) ступор; 4) психогенные сумеречные состояния с картиной возбуждения.

Острый реактивный психоз с параноидными включениями характеризуется появлением острого фрагментарного чувственного бреда, сочетающегося с иллюзиями, галлюцинациями и психомоторным возбуждением, на фоне дезорганизованного и даже спутанного сознания с аллопсихической дезориентировкой. Психоз развивается внезапно и длится несколько часов или суток. На фоне терапии обычно происходит критическая редукция (обрыв) психоза, за которым следует этап астении, изредка — непродолжительный резидуальный бред. Воспоминания на болезненный период лишь отрывочные. Подобные состояния описаны в классической отечественной литературе под названиями «острая спутанность с бредом вражеского пленения», «острые параноиды внешней обстановки». Отличаются они лишь сюжетом бредовых переживаний. Применительно к МКБ-10 чаще всего такие психозы соответствуют рубрике F23.X («Острое полиморфное психотическое расстройство»), а в МКБ-11 — рубрике 6A23.0 («Острое транзиторное психотическое расстройство»).

В тех случаях, когда психотическим эпизод имел более постепенное развитие симптоматики, с формированием бреда отношения, особого значения, инсценировки, недоступностью больных, их артистической позицией, клинико-психопатологический анализ давал повод предполагать реактивно-спровоцированный дебют эндогенного психоза.

Псевдодементные психозы обычно внезапны и скоротечны (обычно до 3 суток) с выходом из психотического состояния через глубокий сон с последующей тотальной амнезией и астеническими явлениями. В структуре психоза наблюдается грубая дезориентировка, оглушенность, «миморечь» и «мимодействия» (ответы и действия, не соответствующие или даже

противоположные заданным, но не выходящие за круг представлений, связанных с вопросом), эхоталии и персеверации, а в некоторых случаях также псевдодементные включения, пуэрилизм (утрированно детская манера говорить с использованием уменьшительно-ласкательных оборотов и надуванием губ) или явления «одичания» (ползание на четвереньках, лизание пола и т.п.). Выделение псевдодеменции, пуэрилизма, «синдрома одичания» в качестве отдельных нозологических форм представляется искусственным — обычно речь идет всего лишь о разных вариациях синдрома Ганзера, который нередко сочетается с явлениями депрессивного ступора (депрессивный вариант псевдодеменции). В МКБ-10 синдром Ганзера отнесен к диссоциативным расстройствам (рубрика F44.80). Однако не исключено, что в основе таких психозов лежат церебрально-биологические нарушения [Краснушкин Е.К., 1945; Горовой-Шалтан В.А., 1949; Фелинская Н.И., 1955].

Аффектогенный (диссоциативный ступор (в МКБ-10 рубрика F44.2) представляет собой генерализованную форму диссоциативной реакции, которая проявляется внезапным обездвижением вслед за воздействием, идентифицируемым с непосредственной угрозой жизни, она сопровождается общим угнетением болевой чувствительности, часто некоторой нарочитостью сопротивления помощи, например зажмуриванием глаз, отворачиванием лица, страдальческой мимикой, отдергиванием рук, сопротивлением попыткам уложить в кровать. Симптоматика быстро купируется посредством суггестивно-шоковых методов. Ступор устраняется после сна и без последующих проявлений астении.

Психогенные сумеречные состояния с картиной возбуждения проявляются безмолвными разрушительными и аутоагрессивными действиями на фоне глубокой дезориентировки. Возбуждение или носит характер сложных автоматизированных действий, или в нем доминируют тревога, страх, растерянность, хаотичность поступков. В МКБ-10 описаний, в точности соответствующих данному расстройству, нет, скорее всего, подобные

психотические эпизоды следует относить к F23.8 — «Другие острые и преходящие психотические расстройства».

Острые реактивные психозы боевой обстановки протекали преимущественно в форме транзиторных синдромов помрачения сознания. Более длительные психотические состояния с менее заметными нарушениями сознания встречались лишь изредка.

Затяжные формы психозов боевой обстановки, как правило, принимают шизофреноподобный характер с наличием псевдогаллюцинаций, бреда отношения, преследования и инсценировки, структурных нарушений мышления, парадоксальности эмоций и малой доступности продуктивному контакту. Вместе с тем содержание галлюцинаторно-бредовых переживаний обычно связано с окружающей обстановкой, то есть имеют военную тематику, что на самом деле осложняет дифференциальный диагноз, так как даже при манифестных приступах шизофрении и шизоаффективного расстройства в переживаниях больных часто преобладают сюжеты, заимствованные из их реальной жизни. Точная нозологическая квалификация подобных состояний возможна только спустя время посредством длительного наблюдения.

Затяжные формы депрессивных состояний, поначалу рассматривавшиеся как реактивные депрессии, в отдаленном анамнезе также очень часто утрачивали всякую связь с внешней ситуацией и рецидивировали со всеми атрибутами «эндогенности». Это подтверждается изучением семейного анамнеза у лиц, страдающих ПТСР с вторичными психотическими расстройствами, которое показало их связь с наследственной отягощенностью.

Затяжные формы психоза ганзеровского типа встречались также редко. Их малое число во время войны в Афганистане и Чечне не позволило нам провести достоверное различие в длительности различных психозов. В случаях длительных псевдодементных состояний развитию психоза обычно предшествовало сочетание ЧМТ и психологического стресса.

Таким образом, реактивные психозы боевой обстановки обычно протекают в форме острых транзиторных синдромов помрачения сознания и по клиническим проявлениям близки к «экзогенному типу реакций» К. Бонгёффера [Bonhoeffer K., 1917]. Это подтверждает мнение Г.Е. Сухаревой (1949), что «противопоставление биологической и психологической реакции противоречит клиническим данным», «на различные вредности ЦНС имеет небольшое, строго ограниченное число форм реакций», «психогенный фактор действует по единым биологическим механизмам с физиогенными вредностями». Что касается затяжных форм реактивных психозов, возникающих в боевой обстановке, то их нозологическая самостоятельность должна быть доказана всесторонними обследованиями в отдаленном периоде и длительными катamnестическими наблюдениями [Бондарев Н.И., 1964; Иванов Ф.И., 1970; Литвинцев С.В., 1994; Снедков Е.В., 1997, 2002; Field Manual 4-02.51, 2006; Frueh B.C. et al., 2002; Резник А.М., 2020; Sautter F.J. et al., 2002].

3. Отсроченные и затяжные психические расстройства у ветеранов

3.1. Посттравматическое стрессовое расстройство

Боевое ПТСР проявляет себя в относительно отсроченном периоде после пережитых на войне травмирующих событий. Очевидно, что наиболее существенные симптомы боевого ПТСР формируются еще в зоне ведения боевых действий, но не всегда этим переживаниям военнослужащий придает значение. Их появление перекрывается реальными событиями войны, а кроме того, в этот период времени есть надежда, что после возвращения домой «все пройдет». Маркерами последующего ПТСР уже в боевой зоне становятся перенесенные РБС, особенно невротические реакции тревожного и истерического типа, а также проявление характерологических трансформаций и выраженных патохарактерологических реакций.

В клинической картине боевого ПТСР преобладают обычные для этого расстройства симптомы, которые в разных описаниях присутствуют в соответствующих диагностических рубриках всех классификаций психических и поведенческих расстройств — DSM-5, МКБ-10 и МКБ-11 (см. приложения 2, 5):

- повторяющиеся переживания травмирующего события (флешбэки), представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся сновидениях;
- избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме, — фактическое избегание, чувство эмоционального притупления или оцепенения, отрешенности или невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония или ограничительное поведение;
- чрезмерное физиологическое возбуждение — бессонница, сверхнастороженность, повышенная реакция испуга, усиленные эмоциональные реакции в связи со стимулами, ассоциированными с

травмой [Васильева А.В. и др., 2019; Караваева Т.А., Васильева А.А., 2022; Волошин В.М., 2005].

Среди повторяющихся переживаний (явлений вторжения) у ветеранов чаще всего отмечаются однотипные тягостные сновидения военной тематики, иногда сопровождающиеся сноговорением и внезапными пробуждениями с чувством ужаса, спонтанно или под влиянием внешних стимулов (телепередач, разговоров, прочитанного) всплывающие в представлениях сцены и навязчивые воспоминания о наиболее пугающих, трагических или неприятных для индивида событиях, оживление под влиянием обстоятельств привычных для боевой обстановки действий, например автоматизированных реакций укрытия или «хватания за оружие».

Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме, обычно проявляются уклонением от обсуждения или воспроизведения в памяти событий боевого прошлого, в том числе нежеланием читать и смотреть сюжеты о войне, избеганием встреч с бывшими сослуживцами и особенно разговоров о военном прошлом с людьми, которые не имеют боевого опыта. Часто ветераны признают у себя ослабление эмоционального реагирования на те стимулы и события, которые непременно бы вызвали реакции ранее, потерю интереса к довоенным увлечениям, чувство изменения своего внутреннего мира, несоответствия своих интересов и личных качеств тому, что ждут окружающие. Иногда отмечается снижение яркости чувств по отношению к близким, любимым людям. В крайних случаях ветераны жалуются на снижение или потерю способности переживать радость (ангедонию). Окружающие, особенно близкие, также порой замечают обеднение эмоциональных проявлений ветерана, признают, что он изменился после возвращения с войны, перестал быть радостным, живым и общительным. У ветеранов данная группа признаков выявляется нечасто, так как, возможно, подобные переживания соотносятся с персональным боевым опытом ветеранов, чаще носят предболезненный характер и большинству из них не кажутся патологическими. Даже

обращающиеся за помощью участники боевых действий редко предъявляют такие жалобы. О них надо активно расспрашивать.

Наибольшую трудность в оценке распространенности представляют собой стойкие симптомы повышенной реактивности/возбудимости. Среди этих симптомов, как правило, выявляются чрезмерная реакция испуга, раздражительность и вспышки гнева в ответ на ситуации или темы, связанные с травмирующим стрессом. Выраженность таких реакций очень широка — от реакций вздрагивания на внешние стимулы или раздражительной слабости до проявлений патологического аффекта с разрушительными и агрессивными действиями. С одной стороны, проявления аффективной неустойчивости — это весьма яркий симптом. С другой стороны, «возбудимость» сама по себе может наблюдаться при многих психопатологических синдромах, начиная от астении и включая психоорганический синдром, а также при расстройствах самого разного генеза — психогенных, органических и даже эндогенных. Анализ представленности симптомов показал, что повышенная реактивность отмечалась чаще всего у ветеранов с диагностированным ПТСР и лишь немного реже — у ветеранов с последствиями травмы головного мозга, у которых также часто присутствовали те или иные симптомы стрессовых расстройств.

Надо сказать, что «классические» симптомы ПТСР выражены не у всех бывших участников боевых действий. Так, у ветеранов, получавших лечение в психиатрическом стационаре госпиталя, симптомы вторжения (навязчивых повторных переживаний травмирующих событий) выявлялись у 20,5%, а симптомы избегания/оцепенения — всего у 11%; среди ветеранов, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, прошедших анонимное анкетирование, о наличии навязчивых повторяющихся переживаний военной тематики сообщали 24,3% опрошенных; ветераны, которые проходили лечение в различных терапевтических и хирургических отделениях в связи с ранениями и заболеваниями, полученными в период боевых действий, при анонимном анкетировании о наличии симптомов интрузии сообщали в 21% случаев. Симптомы повторных переживаний могут встречаться не только у больных с

диагностированным ПТСР, но и при психических расстройствах, в основе которых лежат разнообразные биологические механизмы, например травма головного мозга, или у больных с невротическими расстройствами. Спровоцированная психотравмирующими ситуациями мирного времени клиническая картина явлений интрузии может быть полиморфной, но их выявление, вне всякого сомнения, свидетельствует об опыте исключительного для конкретной личности психотравмирующего воздействия.

Клиническая картина боевого ПТСР не исчерпывается приведенными основными или обязательными признаками. У большинства ветеранов, имеющих основные признаки ПТСР, отмечаются психические отклонения, которые подробно изложены в главе, посвященной изменениям личности (см. раздел 2.4). Также у бывших участников боевых действий нередко можно обнаружить следующие психические нарушения:

- психогенную амнезию (частичная или полная) в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора, например когда не получается вспомнить, что делал в конкретные наиболее опасные моменты боя;
- выраженные и стойкие симптомы депрессии;
- проявления угрюмо-злобного настроения (дисфории);
- хроническую тревогу, которая то усиливается, то ослабевает в благоприятных условиях;
- стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться чувствами стыда, вины или несостоятельности;
- жалобы на ухудшение памяти: затруднения запоминания, снижение удержания в памяти той или иной информации, особенно трудности воспроизведения, которые могут быть как функциональными (невротически обусловленными), так и в действительности быть связанными с последствиями контузии;

- мучительные искаженные и неполные произвольные воспоминания о травме;
- «повышенный рефлекс четверохолмия», когда на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) легко возникает вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или, наоборот, «застывание», которое часто сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.);
- легкость развития диссоциативных нарушений в ситуациях, напоминающих о травме или ущемляющих права и самолюбие, например эпизоды амнезии в момент сильных эмоциональных реакций и даже диссоциативный ступор в моменты переживания унижения [Литвинцев С.В., 2005; Снедков Е.В., 2007; Резник А.М., 2022].

Наблюдающийся на практике полиморфизм психопатологических проявлений и особая тяжесть психических нарушений, свойственные людям, которые перенесли исключительные по своей силе и длительности психотравмирующие воздействия, привел к появлению в проекте МКБ-11 специальной диагностической рубрики 6B41 — «Комплексное (осложненное) ПТСР» (см. приложение 2), многие из проявлений которого довольно типичны для картины ПТСР у ветеранов войн, особенно тех, которые стали участниками наиболее кровопролитных боев, присутствовали при гибели мирных жителей, побывали в плену и подверглись истязаниям.

3.2. Коморбидные психические расстройства пограничного регистра

Перечисленные в разделах, посвященных личностным изменениям и ПТСР, психические нарушения ведут к затруднению интерперсональных контактов, регрессу личностного функционирования и вторичным невротическим, поведенческим и аддиктивным нарушениям, а также к затруднениям во взаимоотношениях с близкими, проблемам с адаптацией в обществе (в том числе распаду семьи, одиночеству и безработице). После

возвращения к мирной жизни ветераны войн переживают новые стрессы, связанные с трудностями приспособления. Несоответствие новых, нажитых в боевой обстановке черт личности обстоятельствам мирной жизни ведет к возникновению вторичного стресса, который становится основой психологической и социальной дизадаптации [Лазебная Е.О., Зеленова М.В., 1999; Маклаков А.Г. и др., 1998; Рыбников О.Н., Манихин В.В., 2004]. В результате приобретенные на войне личностные особенности следует рассматривать как почву для возникновения многих психических нарушений, которые сопутствуют военному ПТСР. При этом уровень коморбидности в течение жизни у ветеранов колеблется от 62 до 92% [Breslau N. et al., 1991; Cottler L.B. et al., 1992; Davidson J.R.T. et al., 1991; Helzer J.E. et al., 1987; Shore J.H. et al., 1989; Perkonigg A. et al., 2000].

Среди сопутствующих психических нарушений наиболее часто называются аффективные и тревожные расстройства, фобии, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативные и соматоформные расстройства, органические психические расстройства, алкогольная и другие формы зависимости, а также разные типы расстройств личности (пограничное, диссоциальное, параноидное, шизоидное и др.). Коморбидная патология иногда маскирует проявления собственно ПТСР [Софронов А.Г., 1995; Литвинцев С.В. и др., 2003; Bleich A. et al., 1994; DeGirolamo G., McFarlane A.C., 1996; Everly G.S.Jr., 1993; Feinstein A. et al., 2002; Kessler R.C. et al., 1995; Perkonigg A. et al., 2000; Yehuda R., McFarlane A.C., 1995].

Клиническому многообразию и коморбидности психических расстройств у ветеранов войн можно дать следующие объяснения:

- прямые последствия воздействия боевых стресс-факторов намного разнообразнее тех, что приведены в принятой диагностической рубрике; многие из таких последствий не имеют феноменологической специфичности по отношению к пережитому, неотличимы от симптомов любого пограничного психического

расстройства, и поэтому их трудно напрямую увязать с боевым стрессом;

- психическая патология ветеранов обусловлена не только непосредственным влиянием боевых стрессоров, но и их воздействием на подчас изначально неблагоприятную почву: среди солдат, идущих на войну, есть люди, которые уже имеют психические отклонения или им суждено заболеть психическим расстройством вне связи с войной; у них реактивные состояния могут протекать по-особенному, не так, как у изначально здоровых;
- ветераны проживают долгую жизнь, их опыт и впечатления не исчерпывается одной войной, они нередко переносят серьезные потрясения в мирной жизни, которые сами по себе могут вызвать развитие психогенных реакций, и прежний боевой опыт, и связанные с ним психобиологические изменения могут способствовать возникновению таких реакций, накладывая на них своеобразный отпечаток, предупреждать их или вовсе не иметь к ним отношения.

Проблемой последствий боевой психической травмы становится совершение ветеранами войн общественно опасных действий. Обычно агрессивные действия, в том числе преступления против личности, совершаются ветеранами в моменты эксплозивных реакций и на фоне стресс-индуцированных диссоциативных состояний, сопровождаемых высвобождением усвоенных до автоматизма военных навыков. Готовность к экзацербации таких состояний пропорциональна экспозиции перенесенного боевого стресса. Она также имеет связь с полученными во время войны ЧМТ [Василевский В.Г. и др., 2004; Фастовцов Г.А. и др., 2005; Bisson J.I., 1993; Hyer L.A. et al., 1993; Marmar C.R. et al., 1994; McFall M.E. et al., 1992; Резник А.М., 2009]. Особую проблему представляет аутодеструктивное поведение ветеранов войн. В частности, количество американских ветеранов Вьетнама, покончивших жизнь самоубийством в мирное время, достигло к началу 1990-х гг. 58 тыс.

человек, что превысило число погибших в годы войны [Тукаев Р.Д., 2003; Begic D., Jokic-Begic N., 2001; Kramer T.L. et al., 1994; Niles D., 1994].

Ряд исследователей подчеркивает, что стрессовые расстройства у ветеранов войн неблагоприятно сказываются на физическом здоровье, им часто сопутствуют различные соматические дисфункции. Есть данные, что в популяции ветеранов, страдающих ПТСР, значительно увеличен уровень общей заболеваемости, причем психическая и соматическая патология взаимно отягощают течение. С высокой частотой выявляется гиперреактивный режим деятельности функциональных систем, в частности кардиореспираторной. С перенесенной боевой психической травмой, с «витальным истощением», а также с вовлечением общих патогенетических механизмов связывают повышенный риск развития сердечно-сосудистой болезни. Многие пациенты испытывают хронические боли той или иной локализации. Участие в войне оказывается главным фактором преждевременного старения и ранней смертности ветеранов [Бай-Балаева Е.К., 1989; Магомед-Эминов М.Ш., 1998; Резник А.М., 2022; Barrett D.H. et al., 2002; Benedict R.A., Kolb L.C., 1986; Falger P.R. et al., 1992; Friedman M.J. et al., 1994; Hyer L.A. et al., 1993; Kubany E.S. et al., 1994; Long N. et al., 1992; Roszell D.K. et al., 1991; Spiro A. et al., 1994; Sutker P.V. et al., 1991; Johnson D.R. et al., 2004].

Перенесенный боевой опыт и симптомы ПТСР оказывают существенное негативное влияние на социальное функционирование и качество жизни пострадавших. У них нередко наблюдается трудность приспособиться к мирной жизни, нежелание общаться с прежними друзьями, семейное неблагополучие, разрыв межличностных отношений, смущающие их реакции испуга, которые ведут к реакциям избегания. Наиболее достоверным показателем адаптационных способностей и социального статуса может стать размер почасовой оплаты труда, который у бывших американских военнослужащих с ПТСР значительно уступает среднему заработку ветеранов без психической патологии. В начале 2000-х гг. лишь около половины российских участников локальных войн, получивших ранения, работали, при этом большинство

работавших были заняты физическим трудом низкой квалификации. У трети опрошенных ветеранов источником дохода является пенсия, более половины живут за чертой бедности [Barrett D.H. et al., 2002; Feinstein A. et al., 2002; Prigerson H.G. et al., 2002; Savoca E., Rosenheck R., 2000; Sparr L.F. et al., 1994; Zatzick D.F. et al., 1997]. Данные о социальной дизадаптации и низком качестве жизни соответствуют функциональному признаку ПТСР, по которому в МКБ-11 «симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызывать значительное ухудшение социального функционирования». Оценка профессионального и личностного функционирования считается принципиально важным при определении выраженности боевого ПТСР [Руководство..., 1999].

3.3. Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга

Возникшие под влиянием боевого стресса психопатологические реакции в случае хронического течения приобретают черты органических психических расстройств, а у ветеранов с симптомами ПТСР различной степени выраженности нередко обнаруживаются расстройства внимания и оперативной памяти, опережающее развитие когнитивного дефицита по сравнению с лицами без постстрессовых расстройств [Ганнушкин П.Б., 1926; Гиляровский В.А., 1944, 1944а; Мясищев В.Н., 1947; Ротштейн В.Г., 1999; Сухарева Г.Е., 1943; Horner M.D., Hamner M.B., 2002; Shear K.M., 2002].

Однако вполне вероятно, что причиной появления у ветеранов признаков когнитивного дефицита является не только ПТСР, но и сопутствующая органическая психическая патология, которая, кстати, может облегчать возникновение стресс-индуцированных симптомов. Так, у ветеранов, проходивших лечение в психиатрическом стационаре, более чем в трети случаев выявляются органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга, как правило полученной в боевой обстановке. В клинической картине ветеранов, перенесших минно-взрывную травму головы, в отдаленном периоде преобладает церебральная симптоматика и проявления

недержания аффекта, когнитивные нарушения в большинстве случаев легко или умеренно выраженные. Наряду с этим около трети ветеранов с последствиями контузии имеют симптомы ПТСР — чаще симптомы повторного переживания травмирующего события, проявления гиперреактивности и типичные для участников боевых действий изменения личности. Несмотря на присутствие симптомов ранней стадии психоорганического синдрома у ветеранов, переносивших ЧМТ умеренной тяжести, симптомы стрессовых расстройств в большей мере определяют психосоциальные последствия, чем сама по себе травма головы или ее неврологические проявления [Polusny M.A. et al., 2011].

3.4. Злоупотребление и зависимость от алкоголя

До настоящего времени нет общего взгляда, каким образом боевой стресс и фронтовое злоупотребление алкоголем и ПАВ влияет на развитие наркологической патологии у ветеранов в отдаленном периоде после войны, — на этот счет приводят совершенно противоположные данные и аргументы [Снедков Е.В., 1997; Снедков Е.В. и др., 2007; Софронов А.Г., 1995; Baker D.G. et al., 2009; Freeman T., Kimbrell T., 2004; Norman S.B. et al., 2007; Keane T.M. et al., 1988; Miller M.W. et al., 2008; Milliken C.S. et al. 2007; Rothberg J.M. et al., 1994; Seal K.H. et al., 2009; Scherrer J.F. et al., 2008; Sutker P.B. et al., 1994; Tate S.R. et al., 2007].

Однако вне зависимости от происхождения и коморбидности алкоголизма у ветеранов алкогольная аддикция повышает риск их агрессивного поведения [Zoricic Z. et al., 2003], негативным образом влияет на результаты любого лечения [Norman S.B. et al., 2007; Ouimette P.C. et al., 2000].

В действительности зависимость или злоупотребление спиртными напитками обнаруживается примерно у 50% ветеранов, проходящих лечение в психиатрическом стационаре, что почти полностью совпадает с долей злоупотребляющих алкоголем среди военнослужащих, не имевших боевого опыта. Алкогольная зависимость в качестве основного диагноза у ветеранов диагностировалась реже, чем у других военнослужащих, но общее число людей, имеющих признаки алкогольной зависимости среди ветеранов и

военнослужащих, не имеющих боевого опыта, в действительности не отличается.

Наличие алкогольной зависимости не ассоциировано с повышенным числом симптомов ПТСР или изменений личности — напротив, у ветеранов, склонных к злоупотреблению алкоголем, реже прослеживались феномены повторного переживания психической травмы.

При изучении анамнеза было выяснено, что типичные боевые стресс-факторы в развитии алкогольной зависимости имели меньшее значение, чем при невротических, связанных со стрессом расстройствах и последствиях ЧМТ. У подавляющего большинства ветеранов развитие алкогольной зависимости происходит уже в мирное время. Алкогольная зависимость оказалась единственным психическим расстройством, при котором среднее число поступлений в стационар после увольнения в запас оказалось в два раза больше, чем в период службы. При других психических заболеваниях соотношение было обратным. В отличие от большинства психических расстройств, число госпитализаций больных с алкогольной зависимостью со временем неуклонно растет. Таким образом, алкогольная зависимость в действительности является самым частым психическим расстройством у ветеранов войн. Формирование ее у ветеранов войн, как правило, происходит уже после прекращения действия боевых стресс-факторов, причем между датой возвращения из зоны боевых действий и первой госпитализацией проходит в среднем более 11 лет [Резник А.М., 2022].

3.5. Шизофрения и другие психозы

В литературных источниках представлены чрезвычайно разные сведения относительно коморбидности боевого ПТСР и психотических симптомов — от единичных случаев до преобладания тяжелых психотических форм стрессовых расстройств. По нашим данным, эндоформные неорганические психотические расстройства, в том числе шизофрения, диагностируются у 5,7% ветеранов, получавших стационарное лечение в госпитале. В психопатологической картине преобладают параноидный и галлюцинаторно-параноидный синдром,

выражены негативные проявления шизофрении и типичные нарушения мышления.

Анализ коморбидности психотических симптомов и симптомов стрессовых расстройств показал, что всего у 20% больных с психозами имеются симптомы повторного переживания или избегания воспоминаний о военных событиях, а симптомы психоза отмечались всего у 1% всех обследованных ветеранов и 5% ветеранов, имевших симптомы ПТСР. Тематическая связь галлюцинаторных и бредовых переживаний с воздействием военных стресс-факторов не была прослежена ни у одного из больных с психотическими расстройствами. Даже за относительно небольшой период, в среднем около полутора лет наблюдения, удавалось проследить утяжеление симптоматики и изменение диагностических суждений врачей от транзиторных психозов или даже расстройств невротического регистра к установлению шизофрении [Литвинцев С.В. и др., 2005; Резник А.М., 2020; Снедков Е.В. и др., 2007; Снедков Е.В., 1997, 2002; Фoa Э. и др., 2004; Frueh B.C. et al., 2002; Shear K.M., 2002; Zlotnick C. et al., 2002].

4. Профилактика и лечение боевых стрессовых расстройств

4.1. Лекарственная коррекция боеспособности и терапия стрессовых расстройств

Обнаружение того, что консолидация памяти — важный нейрофизиологический механизм переживания экстремального стресса — наиболее уязвима в течение первых шести часов после травмы [Shadmehr R., Holcomb H.H., 2011], сделало исключительно ценным выяснение эффективных способов терапии и психокоррекции в эти «золотые часы» и в ближайшее время после них [Bisson J.I., 2008; Zohar J. et al., 2011].

Однако до сих пор нет общепризнанных и официально данных, что какой-либо из транквилизаторов, антидепрессантов, нормотимиков или других психотропных средств надежно препятствует или устраняет патологические реакции на травмирующий стресс [VA/DOD Clinical Practice Guideline, 2018]. Лишь в отношении гидрокортизона установлено, что во время опасных для жизни состояний он способствует снижению частоты симптомов ПТСР и депрессии [Delahanty D.L., 2013].

В связи с этим в последнее время проведены успешные исследования гидрокортизона для профилактики острых реакций на стресс и ПТСР [Astill Wright L., 2019; Kothgassner O.D., 2021; Lehrner A. et al., 2021], хотя их применение сопряжено с вероятностью побочных эффектов, которые хорошо известны и могут возникать даже в краткосрочной перспективе [Astill Wright L., 2019]. Кроме этого установлено, что скорейшее применение на этапах эвакуации опиатных анальгетиков военнослужащим, получившим на войне ранения и тяжелые травмы, не только облегчает страдание и снижает вероятность гибели от болевого шока, но также существенно уменьшает риск последующего развития у них ПТСР [Holbrook T.L., 2010]. Такой эффект опиатов может объясняться очень просто: сильная боль в течение 48 часов после серьезной травмы увеличивает вероятность ПТСР спустя 4 месяца в 5 раз, а спустя 8 месяцев — в 7 раз [Norman S.B., 2007].

Несколько лучше в настоящее время обстоят дела с поиском «таблетки на утро» [Zohar J. et al., 2011] — разработкой и проверкой эффективности средств и схем лекарственной терапии отсроченных последствий боевого стресса. Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с участием многих тысяч пациентов убедительно доказывают возможность коррекции с помощью психотропных препаратов симптомов всех трех диагностических кластеров ПТСР разного генеза [Ipser J. et al., 2006; Puetz T.W., 2015; Pary R. et al., 2021]. Ряд РКИ и открытых клинических исследований показывают эффективность фармакотерапии стрессовых расстройств у людей, перенесших боевую психическую травму [Литвинцев С.В. и др., 2005]. В действительности около 80% всех ветеранов с ПТСР, проходящих лечение в медицинских центрах и клиниках американского Министерства по делам ветеранов (United States Department of Veterans Affairs, VA), получают фармакотерапию, из них 89% — антидепрессанты, 61% — анксиолитики, 34% — антипсихотики [Mohamed S., Rosenheck R.A., 2008; Pary R. et al., 2021].

К настоящему времени для коррекции боевого стресса или лечения его последствий применялись препараты почти всех групп психотропных средств, включая наркотики (приложение 6). Несмотря на различия размера эффекта в разных научных отчетах, в целом в отношении многих лекарственных средств получены средние значения, которые позволяет рекомендовать их в виде монотерапии или аугментации [Hoskins M.D., 2021; Lehrner A., 2021; de Moraes Costa G., 2020].

Транквилизаторы. Анализ лекарственных назначений ветеранам, проходившим лечение в психиатрических отделениях военных госпиталей, показал, что в течение многих лет чаще всего врачами назначались бензодиазепиновые транквилизаторы — феназепам и диазепам, реже — алпразолам, оксазепам и грандаксин. К сожалению, в рамках РКИ не изучались феназепам, диазепам, лоразепам, оксазепам и многие другие. Сравнительные исследования алпразолама, клоназепама и плацебо, против ожидания, не продемонстрировали убедительного эффекта транквилизаторов в отношении

большинства симптомов хронического ПТСР, хотя с их помощью удавалось уменьшить симптомы возбудимости. Последнее время высказываются сомнения в целесообразности широкого применения бензодиазепинов в связи с тем, что у ветеранов часто имеет место злоупотребление алкоголем и другими ПАВ, которое может повышать риск формирования зависимости от транквилизаторов, а отмена бензодиазепинов у ветеранов нередко сопровождается усилением тревоги, симптомами вторжения, настороженностью, раздражительностью, реакциями гнева, агрессивностью и гомицидными тенденциями.

Однако получены и противоположные данные: большое обсервационное ретроспективное исследование американских ветеранов войн показало, что всего 10,7% 2183 обследованных принимали дозы бензодиазепинов, превышающие рекомендуемые. Причем к чрезмерному употреблению транквилизаторов предрасполагали существующая зависимость от других транквилизаторов и наркотиков. Так или иначе, использование бензодиазепинов при боевом ПТСР требует более тщательного научного изучения и осторожности на практике [Asnis G.M. et al., 2004; Fossey M.D., Hamner M.B., 1995; Gates M.E. et al., 2004; Gelpin E. et al., 1996; Hermos J.A. et al., 2007; Risse S.C. et al., 1990].

Антидепрессанты. Применение amitriptyline и imipramine у лиц с ПТСР ослабляло тревогу, депрессию, чувство вины. Amitriptyline также способствовал уменьшению симптомов избегания. В РКИ доказано, что трициклические антидепрессанты у ветеранов войн значительно ослабляют интрузивную симптоматику (репереживания, кошмарные сновидения), оказывают антидепрессивное и антипаническое действие. Однако они характеризуются большой частотой развития побочных эффектов — гипотензиями и седативным действием [Фоа Э. и др., 2005; Jones F.D., 1995; Viola J. et al., 1997; Puetz T.W., 2015].

Обратимые ингибиторы моноаминоксидазы, характеризующиеся хорошим профилем безопасности, в настоящее время не прошли полноценной проверки на эффективность при ПТСР. Единичные открытые исследования

дали лишь предварительные сведения об эффективности моклобемида [Фoa Э. и др., 2005; Asnis G.M. et al., 2004; Neal L.A. et al., 1997].

Стандартом терапии ПТСР вообще и ПТСР у ветеранов в частности являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Пароксетин, сертралин, флуоксетин оказались более эффективными, чем плацебо. Их принято считать препаратами первой линии. Они способны ослаблять симптомы всех трех основных признаков ПТСР, лечить депрессию, сопутствующую симптомам ПТСР, уменьшать выраженность многих коморбидных психических нарушений, а также редко вызывают побочные эффекты и не создают опасности развития пристрастия. Вместе с тем успешность терапии боевого ПТСР часто оказывалась ниже, чем лечения стрессовых расстройств в связи с психическими травмами мирного времени.

Однако есть и противоположное мнение: по данным одного РКИ утверждается отсутствие достоверных различий эффективности между сертралином и плацебо при терапии ПТСР у ветеранов войн. В связи с этим для коррекции симптомов, связанных с боевым стрессом, рекомендуются более значительные дозы антидепрессанта [Волошин В.М., 2005; Фoa Э. и др., 2005; Brady K.T., Clary C.M., 2003; Davidson J.R., 2006; Davis L.L. et al., 2001; Friedman M.J. et al., 2007; Ipser J. et al., 2006; Katzman M.A. et al., 2005; Martényi F., 2005; Opler L.A. et al., 2006; Pary R. et al., 2021; Puetz T.W., 2015; VA/DOD, 2018].

В РКИ доказана эффективность лечения ПТСР венлафаксином — антидепрессантом из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН). С его помощью удастся уменьшить выраженность симптомов реперевживания и избегания. Однако эффективность венлафаксина при лечении ПТСР у ветеранов войн оказалась ниже, чем у лиц, переживших психические травмы в мирное время [Asnis G.M. et al., 2004; Davidson J. et al., 2001; 2006; Davidson J., Rothbaum B.O. et al., 2006; Hamner M.B., Frueh B.C., 1998; Pary R. et al., 2021; Rothbaum B.O. et al., 2008].

В качестве средства лечения ПТСР предлагались антидепрессанты из группы блокаторов серотониновых и норадреналиновых постсинаптических рецепторов. В частности, РКИ и открытые исследования миртазапина показали способность этого препарата существенно уменьшать выраженность основных симптомов ПТСР и хронической тревоги по сравнению с плацебо. Однако ни РКИ, ни открытых исследований действенности миртазапина в отношении боевого ПТСР не проводилось [Bahk W.M. et al., 2002; Chung M.Y. et al., 2004; Connor K.M. et al., 1999; Davidson J.R. et al., 2003; Kim W. et al., 2005].

Гидрокортизон в нескольких РКИ продемонстрировал способность влиять на частоту симптомов ПТСР. Однако значительно более выраженный эффект отмечен при использовании гидрокортизона в качестве средства профилактики стрессовых расстройств. Получены предварительные данные об эффективности гидрокортизона при лечении ветеранов, которые перенесли легкую или умеренную травму головного мозга и имеют симптомы ПТСР. При этом эффективность гидрокортизона более заметна, когда он комбинируется с использованием методов когнитивно-поведенческой терапии (Cognitive behavioral therapies, СВТ). Способность гидрокортизона оказывать влияние на БСР требует изучения. Но уже отмечается, например, что короткий, 10-дневный курс терапии небольшими дозами — по 40 мг гидрокортизона в сутки перорально — позволяет в течение ближайших трех месяцев уменьшить число и выраженность симптомов ПТСР у лиц, перенесших тяжелые травмы. Таким образом, гидрокортизон предотвращает развитие симптомов стрессовых расстройств в меньших дозах, чем те, которые оказывают влияние на заживление ран или риск инфицирования [Astill Wright L., 2019; Delahanty D.L., 2013; Kothgassner O.D., 2021; Lehrner A., 2021].

Антипсихотики. Антипсихотики второго поколения рекомендуются для лечения ПТСР с коморбидными психотическими симптомами, а также в качестве терапии случаев ПТСР, резистентных к другим лекарственным средствам. В нескольких РКИ доказано, что кветиапин, рисперидон и оланзапин благотворно влияют на психическое состояние больных ПТСР, достоверно

уменьшают частоту и выраженность его болезненных проявлений, особенно симптомов интрузии. Арипипразол, зипрасидон, кветиапин, оланзапин и рисперидон показали свою действенность в отношении симптомов ПТСР и в открытых сравнительных исследованиях. В частности, арипипразол уменьшал выраженность расстройств сна и гипервозбудимости. Клозапин успешно применялся при лечении больных психозами, ранее переживших травмирующий стресс. При этом удавалось купировать галлюцинаторную и бредовую симптоматику, а также добиться нормализации поведения пациентов. Кветиапин использовался при лечении ветеранов войн с коморбидными психотическими симптомами и ПТСР и продемонстрировал способность уменьшать выраженность и тех и других. Атипичные антипсихотики используются как в виде монотерапии, так и в составе комплексной терапии с СИОЗС, в том числе для лечения ветеранов. На фоне одновременного применения антипсихотиков и СИОЗС значительно лучше корректировались как типичные проявления ПТСР, так и коморбидные симптомы депрессии и инсомнии. Среди традиционных нейролептиков эффективность при лечении ПТСР показал флуфеназин, который известен нашим психиатрам в своей депонированной форме под названием Модитен-депо. Другие классические нейролептики при лечении ПТСР, по всей видимости, не изучались [Ahearn E.P. et al., 2003; Carey P. et al., 2012; Hoskins M.D., 2021; Jakovljevic M. et al., 2003; Kozaric-Kovacic D., Pivac N., 2007; Lambert M.T., 2006; Martényi F., 2005; Monnelly E.P. et al., 2003; Pae C.U. et al., 2008; Petty F. et al., 2001; Pivac N. et al., 2004; Pivac N., Kozarić-Kovacić D., 2006; Puetz T.W., 2015; Siddiqui Z. et al., 2006; Sokolski K.N. et al., 2003; Stein M.B. et al., 2002; Villarreal G. et al., 2007; Wheatley M. et al., 2004].

При сложных вариантах ПТСР традиционно рекомендуемые схемы лечения ПТСР недостаточно эффективны, в связи с чем актуальной становится разработка терапии «второго шага», то есть поиск средств и схем лечения, альтернативных СИОЗС и подходящих для терапии резистентных случаев. В качестве **препаратов второй линии** обычно предлагаются блокаторы

постсинаптических рецепторов и СИОЗСН. При их неэффективности следует обращаться к антидепрессантам **третьей линии** — ингибиторам моноаминоксидазы и трициклическим антидепрессантам, из которых первые пока еще мало изучены, а последние создают риск серьезных нежелательных явлений [Asnis G.M. et al., 2004; Simon N.M. et al., 2008].

Наряду с переходом к монотерапии второй линии в целях лечения боевого ПТСР обосновывается применение комбинированной терапии, включающей, наряду с антидепрессантами и транквилизаторами, антиконвульсанты, антипсихотики, нейрометаболические лекарственные средства и гидрокортизон. В частности, в случаях доминирования в клинической картине ПТСР симптомов возбудимости, гнева и импульсивного поведения к обычной схеме лечения антидепрессантами некоторые авторы рекомендует добавлять антиконвульсанты. Особого упоминания требует прегабалин, входящий в группу противосудорожных препаратов, но обладающий мощным анксиолитическим действием: до настоящего времени исследований этого препарата слишком мало, чтобы прямо рекомендовать его в качестве средства лечения ПТСР, но имеются некоторые данные о возможности с его помощью уменьшать выраженность основных симптомов у ветеранов [Asnis G.M. et al., 2004; Baniyadi M., 2014; Hamner M.B. et al., 2004; Hoskins M.D., 2021; Opler L.A. et al., 2006; Lehrner A., 2021].

К пониманию целесообразности использования различных психотропных препаратов в различных комбинациях пришли практикующие врачи на основании своего эмпирического опыта. Несмотря на преобладание в научной литературе рекомендаций фармакотерапии, опирающейся на амбулаторное использование мягких антидепрессантов, нормотимиков и антиконвульсантов, существуют противоречия между предлагаемыми в методических разработках схемами лечения ПТСР и в действительности применяемыми практикующими врачами вариантами терапии постстрессовых и коморбидных им расстройств. Стационарные и многие амбулаторные больные ПТСР и изменениями личности получают более интенсивную терапию, особенно если в клинической картине

доминирует депрессия, аффективная неустойчивость или злоупотребление алкоголем. В частности, пациенты с постстрессовыми расстройствами и ПТСР, осложненными депрессией, в сравнении с больными только большой депрессией, чаще получают атипичные антипсихотики, традиционные нейролептики и значительно реже рекомендуемые в большинстве методических пособий СИОЗС [Mellman T.A. et al., 2003].

Наш опыт также показывает, что назначение антидепрессантов обычно комбинируется с классическими нейролептиками (перициазин, сульпирид, тиоридазин, хлопротиксен, тиаприд), обладающими мягким седативным и избирательным влиянием на поведение, эмоциональные расстройства и невротоподобную симптоматику, а также атипичными антипсихотиками (кветиапин, рисперидон). В стационарных условиях почти всем ветеранам войн назначается длительное лечение транквилизаторами с сильным анксиолитическим и седативным действием (чаще всего феназепамом, реже — алпразоламом, диазепамом, лоразепамом). На наш взгляд, предпочтение более мощной терапии может объясняться следующими причинами:

- присущим большинству ветеранов более тяжелым течением ПТСР, сопровождающимся значительной социальной дизадаптацией и резистентностью;
- отмечающимися у части ветеранов агрессивностью и расстройствами поведения;
- преобладанием среди получающих лечение лиц с выраженными психическими расстройствами, что обусловлено социальным отчуждением, избеганием тягостных воспоминаний, нежеланием большинства ветеранов проходить обследование и лечение, склонностью обращаться к врачам при появлении тяжелых симптомов или под давлением других людей, переставших терпеть их поведение.

Нелекарственные методы биологической терапии. В настоящее время недостаточно научных доказательств, чтобы уверенно рекомендовать к

применению у ветеранов с ПТСР такие методы лечения, как электросудорожная терапия, гипербарическая оксигенация, транскраниальная магнитная стимуляция, электростимуляция блуждающего нерва (Vagus nerve stimulation therapy, VNS-терапия) и акупунктура [VA/DOD, 2018]. Вместе с тем отечественный опыт проведения реабилитации ветеранов войн показывает эффективность многих методов физиотерапии.

Общим недостатком исследований биологических средств и схем лечения боевого ПТСР остается низкое число и современных, должным образом организованных клинических исследований, и близких клинической практике обсервационных, обеспечивающих высокую надежность результатов. Выводы об эффективности части средств лечения сделаны на основании исследований ПТСР мирного времени, которые своей тяжестью, клинической картиной, коморбидностью отличаются от БСР. На практике до сих пор назначение психотропных препаратов больным ПТСР определяется оценкой доминирующей психической патологии, известного вектора фармакологического действия каждого конкретного препарата, а также персональным опытом и интуицией врача. Предложенная в данном пособии схема лекарственной терапии боевого ПТСР (приложение 7) основана на имеющихся научных данных об эффективности различных лекарств, общих принципах психофармакотерапии и нашем собственном клиническом опыте и поэтому не претендует на роль безусловного алгоритма.

4.2. Психокоррекция боевого стресса и психотерапия реакций боевого стресса

В американской армии с военнослужащими без явных травм и ранений еще до медицинской сортировки предлагается проводить дебрифинг (англ. debriefing — разбор выполнения задания) под руководством командира (leader-led after-action debriefing). Подобную специальную процедуру структурированного обсуждения события в группе участников боевых действий предложил во время Второй мировой войны американский военный историк генерал С.Л. Маршалл [Marshall S.L., 1944]. Целями дебрифинга ставились

получение информации, открытое выражение эмоций, проговаривание и внутренняя организация боевого опыта посредством создания нарративов (англ. narrative — сюжетно-тематическая картина, изложение фактов). Эффект от дебрифинга наступал в случае его проведения прямо на поле боя и сразу после него. Дебрифинг относится к методам кризисной помощи. При этом подчеркивается его отличие от психотерапии — он не нацелен на лечение психопатологических симптомов. То есть это и методика психокоррекции, и средство первичной психопрофилактики. Лучше всего проводить данный разбор сразу после того, как подразделение вернулось в относительно безопасное место, все удовлетворили физиологические потребности и уже не слишком возбуждены. Подведение итогов после боя использует подход реконструкции событий и предлагает всем представить свои роли и восприятие всего, что случилось и что лучше соответствует ситуации. А когда люди демонстрируют эмоции, командир и сослуживцы распознают и нормализуют их, предлагают обсудить их позже (потом на самом деле поддерживают нуждающегося в индивидуальном порядке) и далее восстанавливают последовательность действий всех, пока не будут изложены все факты. Однако, когда травмирующее событие может вызвать индивидуальную или коллективную вину, недоверие или гнев, следует рекомендовать командиру обращение к специалисту по контролю над боевым стрессом. Но в основном хорошо проведенный дебрифинг командира может стать лучшим способом управления боевым стрессом [Фoa Э. и др., 2005; Field Manual 4-02.51, 2006; Mitchell J.T., 1983].

Все другие методы психотерапии, применяющиеся для скорейшей коррекции боевого стресса и предупреждения развития стрессовых расстройств, не разрабатывались специально для этого. Теоретические основы, практические приемы и представления об их эффективности возникли и развивались на основании использования при лечении других психических расстройств. Психотерапевтические методы не проходили проверки своей действенности и безопасности при лечении БСР.

4.3. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства

К настоящему времени проведено множество наблюдательных исследований и более сотни РКИ различных методов психотерапии, в которых получены убедительные и весьма надежные доказательства ее эффективности при ПТСР, возникшем после психотравм мирного времени, и уже неплохой набор данных относительно пользы когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении боевого ПТСР. Вместе с тем лишь немногие другие техники психотерапии изучались при лечении ветеранов войн [Васильева А.В., 2022; Фoa Э., 2005; van Dis E.A. M., 2020; Leichsenring F., 2022]. В приложении 8 представлены методы психотерапии, в отношении которых получены положительные результаты в РКИ или имеются отзывы на основании их практического применения.

Наиболее изученным и доказавшим свою эффективность в РКИ методом психотерапии боевого ПТСР в настоящее время является когнитивно-поведенческая терапия. В метаанализе 69 РКИ был установлен средний размер эффекта для когнитивно-поведенческой психотерапии по сравнению с обычно назначаемой терапией (treatment-as-usual), и он оказался сопоставим с размерами эффекта для большинства лекарственных препаратов, представленных в последнем и крупнейшем метаанализе [Фoa Э. и др., 2005; van Dis E.A. M., 2020; Hamblen J.L., 2019; Leichsenring F., 2022; de Moraes Costa G., 2020; Schrader C., Ross A., 2021; Schnurr P.P., 2022].

Максимально успешным считается применение методов, фокусированных на травме (Trauma focused cognitive behavioral therapy). Их настоятельно рекомендуют в качестве терапии первой линии, как при лечении ПТСР вообще, так и у ветеранов. При проведении когнитивно-поведенческой терапии, фокусированной на травме, собственно психическая травма и связанные с ней когнитивные и эмоциональные эффекты становятся главными целями терапевтического процесса. Среди компонентов методов, фокусированных на травме, выделяют психообразование, релаксацию, эмоциональное выражение и регуляцию, когнитивное преодоление, развитие и обработку повествования о

травме, постепенное воздействие *in vivo*, повышение безопасности и будущего развития. Методики, ориентированные на работу с переживанием травмирующего опыта, включают: когнитивную терапию, когнитивно-процессинговые методы (cognitive processing therapy), воспроизведение стрессового события или травмирующего образа в памяти (exposure therapy или imagery rehearsal therapy), стресс-прививочную терапию (stress inoculation training), нарративную экспозиционную психотерапию, а также десенсибилизацию и переработку психической травмы движениями глаз. Последнее время, в том числе и на основании результатов РКИ, пролонгированный вариант терапии воспроизведением стрессового события (prolonged exposure) стал называться терапией первой линии при ПТСР [Васильева А.В., 2022; van Dis E.A.M., 2020; Forbes D. et al., 2003; Hamblen J.L., 2019; Lee, D. J., 2016; Marks I. et al., 1998; Merz, J., 2019; Schrader, C., & Ross, A., 2021; Schnurr P. P., 2017; Schnurr P.P., 2022; Steenkamp M. M., 2015; Viola J. et al., 1997].

Методы когнитивно-поведенческой терапии оказываются наиболее приемлемыми и эффективными на ранних этапах после воздействия боевых стрессоров. В качестве предпосылки и условия всего успешного лечения ПТСР, впрочем, как и многих других болезней, стали называть инструменты и приемы совместного принятия решений (shared decision-making) и принципы коллаборативной помощи (collaborative care), включая методы телемедицины [Watts B.V., 2015; Schrader C., Ross A., 2021; Engel C.C., 2016].

Наряду с достигнутыми успехами в лечении методами когнитивно-поведенческой терапии отмечается, что ее действенность в отношении ветеранов меньше, чем при лечении ПТСР мирного времени. Большинство конкретных техник когнитивно-поведенческой терапии хорошо изучено на популяциях пациентов с ПТСР, не связанным с воздействием боевых стресс-факторов, а простой перенос положительного мнения об их эффективности на лечение боевого ПТСР не может приниматься безоговорочно. Нет ясности, насколько на эффективность терапии влияет пол и возраст пациентов, тяжесть и

суть перенесенной боевой психической травмы, наличие коморбидных симптомов, повторяемость процедур терапии и многие другие важные обстоятельства. Отмечается необходимость повторных длительных наблюдений за эффективностью когнитивной поведенческой терапии, так как спустя полгода после проведенного лечения число больных с признаками ПТСР все же возрастает. Риск последующего ухудшения ставит вопрос о необходимости проведения длительных и проспективных исследований психотерапии, которые до сих пор редко продолжались более года [Фoa Э. и др., 2005; Bryant R.A. et al., 2003; Merz J., 2019; Rauch S.A.M., 2019].

Возможности даже проверенных психотерапевтических методов ограничены при лечении таких важных симптомов «военного» ПТСР, как отгороженность, эмоциональное притупление и изменения личности. Однако здесь чаще всего неэффективной оказывается и фармакотерапия. Кстати, несмотря на то, что сочетание медикаментозной и психотерапии является наиболее распространенной практикой в работе с ветеранами, исследования комбинированной терапии в этой группе больных ПТСР проводятся очень редко. До сих пор применение на практике комбинаций разных методов психотерапии и фармакотерапии опирается по большей части на позитивный опыт такого сочетания при лечении других психических расстройств или ПТСР у гражданских лиц, а не на специальным образом организованные исследования лечения БСР [Bohnert K.M., 2016; Leichsenring F., 2021; Merz J., 2019; Rauch S.A.M., 2019; Viola J. et al., 1997].

В заключение приходится констатировать серьезное отставание, и даже упущения, в вопросах разработки отдельных методов, специальных модификаций и схем психотерапии боевой психической патологии. В этой связи надо признать, что сама по себе психотерапия подразумевает, если можно так сказать, в высшей степени индивидуализированный со стороны врача, персонафицированный по адресу пациента, зависящий от установившегося между ними терапевтического альянса творческий лечебный процесс, который с большим трудом может быть уложен в прокрустово ложе научного

эксперимента. Слишком много в психотерапии зависит от взаимного соответствия врача, пациента и подходящего им всем и самой болезни метода, чтобы это весьма нежное сочетание можно было легко повторять для получения пригодных для статистического анализа данных. По этой причине, а не из-за какой-то исключительной результативности методы когнитивно-поведенческой терапии — наиболее регламентированные, техничные, воспроизводимые и в наименьшей степени зависящие от искусства конкретного психотерапевта — оказались в приоритете изучения согласно положениям надлежащей клинической практики. В итоге убедительная доказательная база, относительная техническая простота, возможность быстрого освоения врачами и широкого воспроизведения, наконец, экономичность когнитивно-поведенческой терапии пока ставят ее вне конкуренции при лечении стрессовых расстройств вообще и БСР в частности.

4.4. Организация психиатрической помощи

Необходимым условием снижения частоты и выраженности психических нарушений в воюющих армиях и у ветеранов после войны становятся следующие социальные предпосылки:

- доверие к политическому и военному руководству;
- эффективное идеологическое сопровождение военной кампании, направленное на осознание военнослужащими и всем обществом смысла и цели войны, убежденности в правоте дела, защищаемого военным способом;
- наличие общественной и государственной поддержки воинов во время и после участия в боевых действиях;
- немедленное вовлечение ветеранов после возвращения домой в реабилитационные программы, активную общественную и трудовую деятельность;
- создание позитивных перспектив и жизненных ориентиров, в том числе обеспечение возможности сменить профессию, получить новое

образование или продолжить военную службу, даже с учетом медицинских последствий (ранений, травм и увечий).

Основным способом повышения устойчивости солдата к боевому стрессу является практически и психологически обоснованная профессиональная подготовка с обязательным боевым слаживанием. При этом нужно развивать доверие между военнослужащими и способствовать установлению эффективных коммуникативных связей в воинском коллективе. Обучение и тренировка войск должны проводиться в обстановке, приближенной к боевой. Каждый солдат обязан усвоить образцы ясных решений и должного поведения в типовых ситуациях не только боевой работы, но и выживания на фронте. Обязательным компонентом подготовки каждого военнослужащего должно стать усвоение навыков тактической медицины (само- и взаимопомощи на поле боя). Только при такой комплексной подготовке формируются уверенность в своих силах и профессионализме, в оружии и технике, доверие командирам и товарищам, уверенность в получении медицинской помощи.

Уменьшение психотравмирующего влияния на личный состав в боевой обстановке обеспечивается эффективным и устойчивым руководством войсками, сплоченностью, единством действий, наличием значительного числа офицеров, имеющих боевой опыт и авторитет у подчиненных, надежной связью, снабжением и медицинской помощью. Прибывшему на ТВД пополнению желательно предоставлять определенный срок для адаптации и акклиматизации. На психологическое состояние солдат благотворно влияет осведомленность об общем содержании и возможной продолжительности предстоящих боевых операций. В боевой зоне необходимо бороться с распространением слухов, исключать лишние стрессы, предоставлять хотя бы 3–4 часа сна.

Командиры и военные врачи всех специальностей должны замечать первые признаки боевой усталости, снижения морального духа, реагировать на самые незначительные проявления нежелательного стрессового поведения. Необходимо заблаговременно принимать меры еще до того, как кумулятивный эффект воздействия боевого стресса приведет к выводу из строя

военнослужащего и окажет негативное влияние на боеспособность всего подразделения. Командирам следует доброжелательно встречать и оказывать поддержку вернувшимся в строй военнослужащим, подкрепляя их моральный дух и предупреждая развитие чувства вины, и, напротив, решительно пресекать неправильное отношение к тем, кто перенес РБС [Иванов Ф.И., 1970; Руководство..., 1999; Armfield F., 1994; Defayolle M., Savelli A., 1980; Jones F.D., 1982; Schneider R.J., Luscomb R.L., 1984]. В сумме профилактические меры контроля над боевым стрессом «направлены на минимизацию дезадаптивных стрессовых реакций при одновременном стимулировании адаптивных стрессовых реакций, таких как верность, самоотверженность и храбрость» [Field Manual 4-02.51, 2006].

Еще до участия в боевых действиях важно обучать командиров подразделений в отношении влияния боевых стрессоров на боеспособность военнослужащих, распознавания РБС и основных принципов оказания помощи в боевой зоне. Командир должен знать признаки дезадаптации военнослужащего — явные реакции на стресс (паника, возбуждение или ступор, нарушение перцептивных и двигательных функций), отклоняющееся поведение (в том числе аддиктивное, суицидальное или агрессивное), снижение боеспособности и само по себе обращение солдата за помощью. Упреждающие консультации и обучение должны готовить командира к реализации программы коррекции боевого стресса, ориентирование его в необходимости создания условий для этого — безопасного места для оказания помощи, обеспечения пострадавших водой, пищей, сменной одеждой, кровом, обогревом и условий для сна, организацией связи с воюющим подразделением, строгой ориентацией военнослужащих на скорейшее возвращение в строй. Оптимальным было бы обучение всего личного состава знанию характера и признаков боевого стресса и правилам оказания помощи [Иванов Ф.И., 1970; Кузнецов В.Б. и др., 1993; Руководство..., 1999; Armfield F., 1994; Del Jones F., 1967; Field Manual 4-02.51, 2006; Friedman M.J. et al., 1994; Garland F.N., Robichand M.R., 1987; Rundell J.R. et al., 1990].

Поскольку риск формирования боевой психической травмы и хронизации стрессовых расстройств пропорционален интенсивности и продолжительности боевого стресса, срок пребывания военнослужащих в боевой обстановке должен быть ограничен с учетом особенностей конкретного ТВД, данных о величине безвозвратных и санитарных потерь, а также количестве временно выбывших из строя в связи с РБС. В любом случае замену личного состава на ТВД рекомендуют проводить не позже чем через 6–12 месяцев. На передовой, в случае непрерывных боев, например в окружении или при выполнении задач прикрытия отступления, — через две недели, а при наличии очень больших потерь — даже спустя несколько дней. Иначе у военнослужащих не только развиваются РБС, но и в связи с падением боеспособности возрастает вероятность гибели. В случаях поражения от противника или оставления подразделением боевых позиций следует рассчитывать, что все его военнослужащие имеют той или иной степени выраженности РБС, в целом оно утратило боеспособность, что требует не только его переформирования и дисциплинарной работы, но и подключения психопрофилактических мероприятий [Воробьев А.И., 1991, 1993; Жуков Г.А., 1973; Иванов Ф.И., 1970; Кузнецов В.Б. и др., 1993; Ребельский И.В., 1944; Литвинцев С.В., 1994; Appel J.W., 1946; Newman R.A., 1964].

Главными принципами оказания психолого-психиатрической помощи на войне стали три положения, сформулированные Т. Сальмоном (Т.W. Salmon) еще в 1919 г. по итогам оказания психиатрической помощи во время Первой мировой войны (1914–1918 гг.): *максимальная приближенность психиатрической помощи к линии фронта, стратегия безотлагательности и простоты лечебных мероприятий, прогностический оптимизм*. На практике это означает: **располагаться вблизи линии фронта, лечить быстро и обращаться с больными как с солдатами, которые вскоре вернутся в строй** (приложение 9). В период войны в Корее (1950–1953 гг.) эти принципы были дополнены и внедрены в практику медицинской службы американской армии А. Глассом [Glass A.G., 1954].

Прагматический подход Сальмона–Гласса стал стандартом оказания помощи при боевой психической травме и в последующем получил мнемоническую аббревиатуру BICEPS от английских слов Brief (кратковременная), Immediate (незамедлительная), Central (централизованная) или Contact (контактная), Expectant (выжидательная), Proximal (проксимальная), Simple (простая). Под *краткостью* подразумевается помощь, завершающаяся в пределах 12–72 часов, под *незамедлительностью* — начало ее сразу, как только у солдата снижается боеспособность, а не после наступления общей дизадаптации, под *централизованностью* — осуществление помощи в определенном месте, отдельно от терапевтических и хирургических пациентов, а под *контактностью* — координацию контактов между солдатом и его подразделением и командирами с целью ориентации обеих сторон на коммуникацию, осознание и проявление взаимной необходимости с целью быстрой реинтеграции, под *выжиданием* — намерение при первой возможности вернуть солдата в строй, под *проксимальностью* — проведение коррекции максимально ближе к подразделению, в котором служит пострадавший, под *простотой* мероприятий — использование принципа «здесь и сейчас» с акцентом на предоставление главным образом отдыха и трехразового питания, без каких-либо замысловатых методов.

Реализация этих положений обеспечивает значительное уменьшение санитарных потерь, увеличение шансов возвращения пострадавших в строй, снижение числа «военных невротиков» и ветеранов, получающих пенсии по инвалидности после войны. По опыту войн и вооруженных конфликтов XX века и первого десятилетия XXI века соблюдение вышеизложенных принципов позволяет в течение 3–4 дней вернуть в строй от 50 до 85% пострадавших с РБС. Напротив, нарушение этих принципов резко ухудшает исходы. Так, в начале Великой Отечественной войны на Западном фронте из числа военнослужащих с психическими расстройствами, эвакуированных в тыловые госпитали, в строй возвращалось менее половины. Аналогичная ситуация наблюдалась в английской армии в годы Первой мировой войны и в

американской — в 1942 г. [Глекель М., 1938; Жуков Г.А., 1973; Кузнецов В.Б. и др., 1993; Литвинцев С.В. и др., 2000; Литвинцев С.В. и др., 2005; Лобастов О.С., Спивак Л.И., 1985; Руководство..., 1999; Чиж И.М., Макаров Н.И., 1993; Field Manual 4-02.51, 2006; Glass A.G., 1954; Hazen S., Liewellyn C., 1991; Ireland M.R., Bostwick M.J., 1997; Jones F.D., 1982; Mellsop G.W., Priest J.A., 1995; Newman R.A., 1964; Salmon T.W., 1919; Talbott J.A., 1969].

Эффективные организационные подходы к оказанию психолого-психиатрической помощи на войне были установлены эмпирически. Однако с учетом современных представлений о патогенезе ПТСР можно предположить, что отказ от немедленной эвакуации при легких и умеренно выраженных стрессовых реакциях и скорейшее возвращение в боевую обстановку оказывает положительное действие за счет происходящей заново интеграции травматического опыта.

Успешное внедрение изложенных выше принципов организации психолого-психиатрической помощи отражает признание боевого стресса вместе с ЧМТ основными причинами психиатрических потерь на войне. Причем психологическая и минно-взрывная травма головного мозга в боевой обстановке обычно сочетаются, взаимно отягощая друг друга.

В боевой зоне главным признаком развития РБС выступает снижение или утрата боеспособности, вне зависимости кем оно замечено — самим солдатом, его сослуживцами, командиром, психологом или медработником.

Непременным условием эффективности оказания психиатрической помощи в войсковом звене является осуществление **медицинской сортировки по уровневому принципу** (предболезненный, пограничный, психотический) и по предполагаемой длительности дизадаптации с выделением трех групп пострадавших.

К первой группе относятся *кратковременно выбывшие из строя* и подлежащие возврату в свои подразделения в срок до 1 суток. Помощь этой категории пострадавших военнослужащих следует оказывать на **I этапе** психиатрической помощи — в своих частях и подразделениях.

Две другие группы представляют собой *санитарные потери*:

- 1) пострадавшие с кратковременными стрессовыми реакциями, нуждающиеся в лечении до 5–7 суток и которые ранее должны были получать помощь на II этапе психиатрической помощи — силами группы психического здоровья, соединений, приданных лечебным учреждениям, дислоцированным в зоне боевых действий (медицинский отряд специального назначения, отдельный медицинский батальон), или теперь, в отсутствии врачей-психиатров, врачами-неврологами, которые должны пройти подготовку по вопросам диагностики и лечения РБС;
- 2) лица с затяжными и тяжелыми психическими расстройствами, нуждающиеся в более длительном стационарном лечении и эвакуации на последующие этапы — в психиатрические отделения военных госпиталей или, в крайнем случае и при большей доступности, в ближайшие гражданские психиатрические стационары.

РБС донозологического уровня в силу транзиторности и психологической понятности, а также недочетов в организации психиатрической помощи часто не диагностируются. Между тем именно на этом этапе восстановление функциональных резервов, устранение предпосылок к переходу предболезненных отклонений в болезненные, снижение вероятности рецидивов и развития психологической дизадаптации после возвращения к мирной жизни наиболее перспективно. Данная категория пострадавших при своевременном выявлении составляет категорию кратковременно выбывших из строя. Напротив, в тех случаях, когда РБС затягиваются или их тяжесть под влиянием боевого стресса возрастает, те же военнослужащие могут войти в число санитарных потерь. Следовательно, на своевременном выявлении пострадавших с предболезненными РБС, на безотлагательном оказании им помощи должны быть среди прочего нацелены усилия медицинской службы.

Следует стремиться, чтобы все пострадавшие психиатрического профиля проходили I этап медицинской помощи — диагностику и психокоррекцию непосредственно в своих частях и подразделениях или медицинских подразделениях вблизи передовой (приложение 10). В зависимости от конкретной ситуации это могут быть группы медико-психологического сопровождения, имеющие в своем составе психиатра и медицинского психолога, и даже медицинские роты или медицинские пункты, для чего критически важным становится наличие хотя бы краткосрочной подготовки (например, в рамках курса тактической медицины) военных врачей или фельдшеров по военной психиатрии — врачей-психиатров в войсковом звене в настоящее время не предусмотрено. Такой подход позволяет уже в войсковом звене внедрить элементы квалифицированной психолого-психиатрической помощи, в частности осуществлять прогностическую сортировку на основе оценки регистра психической патологии, степени нарушения боеспособности и определения ее вероятной длительности.

Привлечение врачей других специальностей к оказанию первичной помощи военнослужащим с РБС или контузиями определяется реалиями войны и тем, что на этом этапе не требуется диагностика определенного психического расстройства, достаточно просто указывать наличие РБС, изредка — синдрома или, например, использовать, как в годы Великой Отечественной войны, такую обобщающую категорию, как «контузия». В нынешних условиях последняя диагностическая категория стала вновь актуальной, учитывая сопоставимое с Великой Отечественной войной и невиданное в локальных войнах применение артиллерии и значительное число военнослужащих, получивших минно-взрывную травму головного мозга.

На I этапе сортировки следует насколько можно избегать установки диагноза, поскольку здесь нет специалистов-психиатров, нет времени на дифференциальную диагностику, нужно избежать стигматизации и идентификации пострадавшего с ролью больного. Зато соблюдение принципов выживания и проксимальности предупреждает закрепление дизадаптивных

проявлений и существенно повышает возвращаемость военнослужащих в строй. Игнорирование этих принципов и эвакуация в обход первых этапов психиатрической помощи практически гарантируют развитие в последующем у военнослужащих тяжелых форм дизадаптации, в том числе на основе механизмов вторичной выгоды, и делает невозможным восстановление у них боеспособности. Таким образом, пострадавших с БСР и контузиями допустимо эвакуировать в госпиталь, минуя войсковое звено, лишь при отсутствии альтернативы.

Поскольку основной задачей I этапа является правильная прогностическая сортировка и коррекция легких и преходящих психических отклонений, лечение здесь может быть только самым простым и кратковременным. Обязательно предоставляется возможность отдохнуть, принять горячую пищу, высушить обмундирование и при возможности помыться. Чрезвычайно важно обеспечить сон, так его восстановление оказывается необходимым условием обратного развития многих РБС и почти всегда — реакций предболезненного уровня. Особо следует упомянуть необходимость гидратации (восполнения потери жидкости), ибо обезвоживание в боевой обстановке и в тяжелых условиях работы может быть весьма значительным, тогда как сам военнослужащий порой не чувствует жажды. Наконец, важным аспектом оказания помощи является выявление признаков ЧМТ и мониторинг состояния контуженных. Следы крови в ушах, анизокория, признаки даже легкой спутанности или любого ухудшения физического или психического состояния контуженного требует немедленной эвакуации, потому что при отсутствии лечения быстро может наступить угнетение сознания и остановка дыхания.

В некоторых случаях необходимым средством обеспечения помощи становится устранение возбуждения. В случаях аффективных и патохарактерологических реакций часто достаточным оказывается заверение в необходимой помощи или требование старшего по должности. Когда этого недостаточно, например при психотическом возбуждении, демонстрируется возможное применение силы или сила действительно применяется. При этом

усмирение и фиксация возбужденного не должна проводиться в одиночку, поскольку это опасно для персонала и увеличивает риск травмирования того, кому оказывается помощь.

До недавнего времени среди психокоррекционных методик предпочтение отдавали приемам кризисной интервенции, групповым разборам критического события и завершающим разборам по контролю над стрессом. Однако последние годы были получены противоречивые данные об эффективности метода психологического дебрифинга. В ряде работ, а теперь уже и руководств отмечается, что дебрифинг может усиливать травмирующие переживания, а его способность предупреждать развитие симптомов ПТСР подвергается сомнению. Методы индивидуальной психотерапии возможны, если потери невелики и число пострадавших, поступающих на этапы эвакуации, очень небольшое, а на данном этапе имеется специалист, владеющий психотерапией, — в действительности это необыкновенно удачное стечение обстоятельств.

Седативные препараты на войсковом этапе помощи применяются для обеспечения нескольких часов сна или когда другие методы не помогают. В тех крайних случаях, когда возникает необходимость купировать возбуждение, предпочтение должно отдаваться бензодиазепиновым транквилизаторам с быстрым действием и значительными анксиолитическими свойствами (феназепам). Их использование по мере возможности должно быть однократным для избегания кумуляции седативного эффекта. Применение антипсихотиков в отношении лиц, которые через несколько часов могут вновь оказаться в боевой обстановке, нецелесообразно из-за возможности фармакологически обусловленного падения боеспособности. Мало того, антипсихотики могут смазать клиническую картину на последующих этапах эвакуации и даже ухудшить состояние, если военнослужащий, например, получил ЧМТ. Использование антидепрессантов в условиях I этапа медицинской помощи бесполезно в связи с присущим отсроченным лечебным эффектом. Кроме того, назначение этих препаратов находится вне компетенции врачей, которые не имеют специальных знаний по психиатрии. Обсуждается

эффективность применения гидрокортизона — эмпирически найденного метода, который изначально применялся в комплексном лечении тяжелой травмы и показал эффективность в снижении риска развития симптомов ПТСР. Представляется, что гидрокортизон особенно успешно может применяться при лечении РБС, сочетающейся с контузией. Однако его реальная эффективность как профилактического, так и лечебного средства еще требует проверки [Field Manual 4-02.51, 2006; VA/DOD, 2018; Kothgassner O.D., 2021].

Другой задачей лекарственной терапии является обеспечение эвакуации больных тяжелыми психическими расстройствами. В таких случаях следует применять доступные седативные средства — инъекционные транквилизаторы или антипсихотики (алимемазин, хлорпромазин). Однако на III этапе эвакуации, непосредственно в госпиталь, следует направлять только лиц с наиболее тяжелыми и заведомо продолжительными психическими расстройствами — переносящих психотические состояния, с сохраняющимся возбуждением или ступором, имеющих другие психические расстройства с агрессивным или аутоагрессивным поведением, а также поведение которых в существенной мере мешает оказывать помощь другим раненым и пострадавшим.

В большинстве случаев пострадавших с РБС направляют на II этап медицинской помощи, например в отдельный медицинский батальон или медицинский отряд специального назначения. Решение об эвакуации принимается, только если спустя сутки или двое у военнослужащего сохраняются выраженные симптомы РБС или имеются признаки контузии и, самое главное, явно нарушена боеспособность. Второй этап медицинской помощи может быть представлен медицинскими подразделениями, которым приданы группы медико-психологического сопровождения (в составе врача-психиатра и медицинского психолога) и в которых может быть проведена диагностика психического расстройства и оказан весь объем необходимой помощи. При оценке выраженности РБС и определении тактики ведения каждого конкретного случая учитываются данные о пострадавшем, как он реагирует на оказываемую помощь, что произойдет с его подразделением в

ближайшее время, какие ресурсы имеются в наличии. Но главным критерием для возвращения в строй является не полное отсутствие у солдата симптомов, а его способность действовать применительно к обстановке. Однако надо ясно определить, что при отсутствии специалистов-психиатров отдельный медицинский батальон и медицинский отряд специального назначения не могут выполнять функции II этапа медицинской помощи пострадавшим с психическими расстройствами.

Применяемый на II этапе комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий направлен преимущественно на психокоррекцию и восстановление боеспособности у лиц с нозологически очерченными невротическими, аффективными реакциями и некоторыми транзиторными расстройствами личности. Однако могут быть также купированы острые транзиторные реактивные психозы. На данном этапе должно начинаться лечение лиц с аддиктивным поведением.

При осуществлении психологической диагностики следует воздерживаться слишком широкого использования различных тестовых методик, так как у комбатантов они нередко вызывают раздражение и могут сразу помешать установлению доверительного отношения. В частности, негативное отношение к тестированию проявили 34,7% анонимно опрошенных нами участников боевых действий, тогда как позитивное отношение к тестированию выразили всего 25,3% военнослужащих. К сожалению, давно описанный в научной литературе негативизм ветеранов к обследованию и уклонение от коррекции психических нарушений подчас не принимаются во внимание. Тем не менее в предбоевом и межбоевом периодах применение стандартизованных методик становится очень ценным (в связи с необходимостью обследования практически всех военнослужащих) и возможным в условиях более спокойной обстановки и наличия достаточного времени (приложение 11).

Однако, по данным исследований, письменные самоотчеты и заполнение даже специально разработанных рейтинговых шкал не дают полной картины

психического состояния и не могут быть достаточным основанием для установки психиатрического диагноза. Причинами тому становятся формальность ответов обследуемого, возможность констатировать в этих шкалах только текущее состояние, жесткое определение в них диагностической ценности того или иного признака, их ограниченность конкретной психологической или клинической теорией разработчика теста и поэтому скрытый в них субъективизм.

Непосредственный опрос участников боевых действий значительно повышает качество диагностики и увеличивает число людей с выявленными признаками стрессовых нарушений. В связи с этим основным элементом, золотым стандартом исследования психического статуса пациента остается непосредственное диагностическое интервью, направленное на тщательную регистрацию симптомов и синдромов как в статике, так и в динамике. Для упрощения и возможности последующего сравнения результатов диагностического интервью его можно строить на основе стандартизированной схемы опроса. Однако даже на II этапе медицинской помощи нет нужды углубляться в дифференциальный диагноз РБС. Достаточно различения психотического и пограничного регистра психической патологии, при необходимости указания на наличие неприемлемого поведения (агрессивного, суицидального, аддиктивного и т.п.) или диссоциативных, двигательных, речевых или сенсорных нарушений [Литвинцев С.В. и др., 2000; Снедков Е.В. и др., 2007; Brewin C.R. et al., 2003; Calhoun P.S. et al., 2002; Feinstein A. et al., 2002].

В медицинском отряде специального назначения и отдельном медицинском батальоне следует соблюдать требования воинской дисциплины, субординации и распорядка дня. Обстановка должна быть доброжелательной, но без внешних проявлений чрезмерной жалости. Каждого поступившего военнослужащего нужно сразу поставить в известность о сроках лечения, объяснив, что имеющиеся симптомы являются временными и обязательно пройдут. Важным условием реализации психотерапевтических программ и

успешного выздоровления лиц с РБС является убежденность медперсонала в быстром выздоровлении пострадавших и умение вселить в них эту уверенность. Спокойная деловая обстановка в медицинских подразделениях является обязательным условием эффективного лечения и скорейшего возвращения военнослужащих в строй. Недопустимыми являются паническая суета, проявление медиками чувства безнадежности и даже обсуждение вне психотерапевтической работы сложившейся на ТВД ситуации. Следует избегать использования в присутствии пострадавших медицинской терминологии и особенно вынесения каких-либо диагностических суждений. Вся обстановка должна укреплять в военнослужащем уверенность в том, что он не болен, а переживает кратковременный дистресс или переутомление, которые обязательно пройдут.

В целях предупреждения у комбатантов взаимной индукции психической патологии следует обеспечить отдельное от остальных пациентов размещение больных с психотическими и конверсионными расстройствами. В случае безуспешности быстрого (в течение 1–2 суток) купирования психотической и диссоциативной симптоматики на данном этапе таких больных лучше немедленно эвакуировать в госпиталь. Дальнейшая задержка на войсковом этапе не только не улучшает их состояния, но и мешает оказанию помощи другим пострадавшим.

Применяемые на II этапе психокоррекционные методы отличаются простотой и доступны широкому применению (их эффективность должна в наименьшей степени зависеть от искусства конкретного специалиста). Использование индивидуально ориентированных, технически сложных способов психотерапии в боевых условиях оказывается неприемлемым еще и потому, что требует большого времени на оказание помощи лишь малому числу пострадавших при довольно неясных ближайших результатах терапии. Психотерапия направлена на редукцию страха, тревоги, эмоционального напряжения. Обычно для этого предлагались прогрессивная мышечная релаксация и психологический дебрифинг. Однако в случае имеющихся

отчетливых симптомов РБС не стоит возлагать излишние надежды на позитивное действие психологического дебрифинга, эффективность которого многими специалистами подвергается сомнению [Фоя Э.Б. и др., 2005].

Медикаментозное лечение в группе медико-психологического сопровождения, как и ранее, минимально и применяется в случаях, когда психокоррекционные способы снятия эмоционального перенапряжения не приносят желаемого результата. При выборе средств фармакологической коррекции тяжелых пограничных психических расстройств предпочтение по-прежнему должно отдаваться бензодиазепиновым транквилизаторам (феназепам, диазепам), дозы и частота приема которых увеличиваются в зависимости от тяжести психической патологии. В отношении РБС и контузий обсуждается применение небольших доз гидрокортизона (40–60 мг в сутки). При наличии выраженной депрессивной симптоматики, а также при выявлении тревожных расстройств с тенденцией к затяжному течению уже на данном этапе можно начать терапию имеющимися в наличии антидепрессантами. При лечении патохарактерологических реакций, особенно эксплозивного типа, следует применять алимемазин, сульпирид или кветиапин (антипсихотики с седативными и корректирующими поведение свойствами) или карбамазепин (антиконвульсант, способный снижать проявления аффективной неустойчивости и дисфории). Для купирования острой психотической симптоматики и подготовки больных с психозами к дальнейшей эвакуации, наряду с имеющимися на снабжении инъекционными формами транквилизаторов (феназепам и диазепам), при наличии могут успешно применяться инъекционные формы седативных нейролептиков (хлопромазин, хлопротиксен, алимемазин), традиционных нейролептиков с сильным общим и избирательным антипсихотическим действием (галоперидол, перфеназин, трифлуоперазин, зуклопентиксол).

После безуспешного лечения в течение недели силами группы психического здоровья пострадавшие с выраженными и затяжными боевыми стрессовыми расстройствами и ожидаемыми длительными сроками лечения

направляются на **III этап** психиатрической помощи (в психиатрическое отделение военного госпиталя или в ближайшую к боевой зоне психиатрическую больницу). На данном этапе может проводиться весь необходимый объем психо- и фармакотерапии БСР.

Медикаментозное лечение на данном этапе является обязательным и наиболее эффективным и экономичным способом коррекции психопатологической симптоматики. Выбор схемы лечения определяется нозологической формой, синдромом-мишенью и необходимостью добиться социальной адаптации и повышения качества жизни. В связи с этим на госпитальном этапе психофармакотерапия должна быть рассчитана не только на достижение редукции болезненных проявлений, но и на избежание нежелательных эффектов лечения. При лечении тревожных и депрессивных проявлений РБС по мере возможности следует применять антидепрессанты новых поколений: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, сертралин, флувоксамин), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин). Терапия затяжных и хронических психотических расстройств основывается на общих принципах лечения психозов. На госпитальном этапе могут применяться практически любые методы психотерапии, которыми владеют врачи конкретного стационара. Однако при коррекции симптомов БСР предпочтение следует отдавать методам когнитивно-поведенческой терапии. Эффективность когнитивно-поведенческих методов в сравнении с приемами релаксации и обсуждения доказана в ходе РКИ и обсервационных исследований.

Обязательным условием коррекции и реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой представляется развертывание системы **психолого-психиатрической помощи и реабилитации в постбоевом периоде** (см. приложение 7). В задачи реабилитационного цикла является выявление возможных симптомов стрессовых расстройств и отнесение в таком случае военнослужащего к группе риска ПТСР; психообразование военнослужащего и формирование у него ясных представлений о том, как диагностируются и

лечатся БСР; скорейшая психокоррекция стрессовых расстройств с проведением в максимально ранние сроки когнитивно-поведенческой терапии. К группе риска в плане развития отдаленных последствий боевого стресса относятся военнослужащие, которые были в плену, получили тяжелые ранения, увечья, контузии, длительное время принимали участие в наиболее тяжелых боях, перенесли РБС или есть данные об их злоупотреблении алкоголем на войне, имеют на момент обследования симптомы ПТСР. После двух недель реабилитации ветераны, входящие в группу риска, продолжающие службу, должны находиться под динамическим наблюдением психологов своих воинских частей и психиатров военных поликлиник. Важным является понимание, что военнослужащий с боевой психической травмой должен обязательно пройти курс реабилитации еще в период продолжающейся службы, так как давно установлено, что немедленное увольнение из армии в запас лишь способствует закреплению симптомов ПТСР.

Еще более сложным, длительным и трудоемким является процесс **лечения и реабилитации ветеранов с ПТСР в отдаленном периоде** после участия в боевых действиях (см. приложение 7). Среди причин развития ПТСР у ветеранов войн существенное значение имеют неблагоприятные социальные условия, а ухудшение социального функционирования становится одним из важнейших последствий боевой психической травмы. Таким образом, главным и наиболее перспективным компонентом психолого-психиатрической помощи ветеранам становится психосоциальная реабилитация, при которой методики воздействия строятся на основе использования социальных факторов.

Важнейшей составляющей психосоциальной реабилитации участников СВО стала работа на макросоциальном уровне, направленная на изменение условий, к которым вынуждены приспосабливаться ветераны. В стране уже формируется идеология поддержки участников боевых действий и их семей. За время, прошедшее после боевых действий на Северном Кавказе, в значительной степени изменился состав Вооруженных Сил Российской Федерации, в боевых действиях принимают участие военнослужащие по контракту, многие из

которых уже имеют боевой опыт. Изменены принципы материального обеспечения участников боевых действий. На базе центральных военных госпиталей и военных санаториев развернута система реабилитации военнослужащих, получивших ранения, травмы и увечья. При этом предоставляются возможности приобретения или смены военной специальности с целью продолжения службы даже военнослужащими, получившими тяжелые ранения и увечья. Социальная поддержка ветеранов способствует устранению у них чувства вины, отчужденности и враждебности к окружающим, а поощрение позитивных сторон их боевого опыта — сохранению самоуважения, формирования эффективных копинг-навыков, становления боевого братства.

Первостепенная важность общественной и государственной морально-психологической и социальной поддержки бывших участников боевых действий подтверждается успешной интеграцией в общественную жизнь советских ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов союзных армий, повсюду именовавшихся воинами-освободителями. Забота и внимание к ветеранам не может стереть в их биографии саму боевую психическую травму, однако она позволяет избежать или минимизировать новые психотравмирующие воздействия, с которыми обычно встречается солдат после возвращения к мирной жизни и которые провоцируют и закрепляют у него постстрессовые расстройства.

Микросоциальный уровень психосоциальной реабилитации в большей мере зависит от усилий врачей и психологов. Он включает работу, направленную на адаптацию ветеранов в ближайшем окружении (в семье, на службе или работе, в учебном заведении), в том числе семейное консультирование и психотерапию, психообразовательную работу с окружением пациента, искусственное создание социотерапевтической среды (включение в группы самопомощи). Главной целью работы с окружением ветеранов становится стимуляция социальной поддержки и поддержание у них мотивации к преодолению последствий перенесенных ранений и травм.

Индивидуальная реабилитация направлена на развитие и интеграцию личности в обществе. Важным компонентом такой помощи, например, ветеранам, которые получили тяжелые травмы, становится профессиональная переподготовка и возможность продолжения службы или работы в системе Вооруженных Сил Российской Федерации с использованием индивидуального военного опыта. Психотерапия ветерана не должна направляться на возврат утраченных индивидом на войне преморбидных психологических особенностей. Заставить человека отказаться от приобретенного опыта и вернуться в прошлое не получится. Трансформация личности ветеранов включает не только дефицит каких-либо психических свойств, но и появление приспособляющих к военной действительности индивидуальных черт и навыков, которые следует адаптировать к мирным условиям. Наши вмешательства не должны мешать нормальному и чаще всего достаточно заметному процессу выздоровления, который имеет место у большинства ветеранов.

Индивидуальные формы реабилитации направлены на повышение социальной компетенции пациента, на развитие приемлемых в мирной жизни навыков коммуникации и поведения, реставрацию или повышение профессиональных способностей и восстановление трудовой занятости. Здесь возможно использование методов игровой терапии, применение когнитивно-поведенческих методик, в частности тренинга поведения и профессиональных исполнительских навыков. При этом «пациент подвергается поэтапному обучению всему диапазону социальных навыков, от простых до все более сложных с переходом к тренингу навыков разрешения проблем». Опыт показывает, что основным принципом психолого-психиатрической помощи ветеранам войн должна быть их реабилитация в реальной мирной обстановке при недопустимости изоляции от общества.

Наиболее перспективным подходом к лечению большинства проявлений ПТСР представляется сочетание комплекса методов психосоциальной реабилитации, когнитивно-поведенческой психотерапии и лекарственной терапии. Причем фармакологическая коррекция создает основу для более

успешной психотерапии [Гурович И.Я. и др., 2004; Bradshaw S.L.Jr. et al., 1991; Creamer M. et al., 2002; Kubany E.S., 1994; Olivier E.J.F., 1995; Viola J. et al., 1997; Zohar J. et al., 2011].

Несмотря на успехи оказания медицинской помощи раненым участникам боевых действий, государственной системы медико-психологической реабилитации участников локальных войн так и не создано. Отсутствуют ведомственные реестры ветеранов войн. В медицинской службе Министерства обороны до сих пор нет руководящих документов, которые бы определяли порядок учета ветеранов локальных войн специалистами психологами, психотерапевтами или психиатрами, а также принципы, организационные формы и даже оптимальные методы оказания медико-психологической и психиатрической помощи ветеранам с психическими расстройствами. В условиях проведенного не так давно сокращения медицинской службы Минобороны, ликвидации или замены должностей военных психиатров на гражданские в войсках, окружных и центральных лечебных учреждениях оказание психиатрической помощи участникам СВО на этапах медицинской эвакуации существенно затруднено. В этой связи одной из первых задач медицинских служб силовых ведомств и гражданского здравоохранения становится подготовка специалистов для оказания психолого-психиатрической помощи ветеранам.

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин П.В. Психогении в экстремальных условиях. — М.: Медицина, 1991. — 96 с.
2. Ахмедова Х.Б. Фанатизм и идея мести у лиц, имеющих посттравматические стрессовые расстройства // Социал. и клинич. психиатрия. — 2003. — Т. 13, № 2. — С. 24–32.
3. Бехтерев В.М. Война и психозы // Обозр. психиат., неврол. и эксперим. психол. — 1914/1915. — Т. 19, № 4/6. — С. 317–335.
4. Бондарев Н.И. Психозы и психоневрозы войны. — М., 1964. — С. 126–148.
5. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2022. Т. 122, № 10). С. 72-81. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>
6. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / Сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Вып. 2. — СПб.: КОСТА, 2019. — С. 300–324.
7. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). — М.: Анахарсис, 2005. — 200 с.
8. Воробьев А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму // Воен.-мед.журн. — 1991. — № 8. — С. 71–74.
9. Воробьев А.И. Разработка методов и средств профилактики боевой психической травмы в армии США // Воен.-мед. журн. — 1993. — № 12. — С. 61–62.
10. Ганнушкин П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники (Девичье Поле). — М.: Изд-во М. и С. Сабашниковых, 1926. — Вып. 2. — С. 52–59.
11. Гиляровский В.А. Сомато-психогенные параноиды военного времени // Труды Военно-морской медицинской академии. — Л.: ВММедА, 1944. — С. 15–23.
12. Гиляровский В.А. Психореактивные состояния и нервно-вегетативные реакции военного времени // Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне. — М., 1944а. — № 8. — С. 76–81.
13. Глекель М.С. Организация невропсихиатрической помощи в американской и английской армиях во время Мировой войны // Военно-санитарное дело. — 1938. — № 1. — С. 68–78.
14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика-М, — 2004. — 492 с.
15. Давиденков С.Н. Об острых травматических психозах // Психиатр. газета. — 1915. — № 21. — С. 341–347.

16. Дэвидсон Ф.Б. Война во Вьетнаме (1946–1975). — М.: Изографус; Эксмо, 2004. — 816 с.
17. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Рос. психиатр. журн. — 1998. — № 3. — С. 50–56.
18. Ерышев О.Ф. Биологическая терапия психозов в военные годы // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сб. науч. тр. / Под ред. М.М. Кабанова, В.В. Ковалева. — Л., 1985. — С. 72–77.
19. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в военное время. — Л.: Медицина, 1970. — 168 с.
20. Идрисов К.А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 20 с.
21. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации // Тактика врача-психиатра: практическое руководство / Под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — С. 127–135.
22. Посттравматическое стрессовое расстройство / Под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 624 с.
23. Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане // Социальн. и клинич. психиат. — 1992. — № 1. — С. 33–36.
24. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. — М.: Наука, 1983. — 386 с.
25. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. — 1999. — № 5. — С. 62–74.
26. Линдауэр Р.Й.Л., Карльер И.В.Е., Герсонс Б.П.Р. Нейробиология посттравматического стрессового расстройства // Социал. и клинич. психиатрия. — 2003. — Т. 13, вып. 1. — С. 146–150.
27. Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане (1979–1989): Учебное пособие. — СПб.: ВМедА, 1997. — 54 с.
28. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.
29. Лобастов О.С., Спивак Л.И. Организация психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны: Сб. науч. тр. — Л., 1985. — С. 7–14.
30. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн // Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И. Иванова). — СПб., 2002. — С. 45–52.
31. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. — М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998. — 496 с.
32. МКБ-11. Глава 6. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. — М.: КДУ; Университетская книга, 2021. — 432 с.
DOI: <https://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0143>

33. Нечаев А.П. Посттравматические стрессовые расстройства (информационно-лингвистические аспекты) // Зарубежная военная медицина. — 1999. — № 96. — С. 4–6.
34. Озерецковский А.И. О душевных заболеваниях в связи с Русско-Японской войной за первый год её // Воен.-мед. журн. — 1905. — Т. 3, кн. 10. — С. 361–373; кн. 11. — С. 568–582.
35. Осипов В.П. Введение // Психозы и психоневрозы войны: Сб. — Л.; М., 1934. — С. 6–13.
36. Психиатрия войн и катастроф / Под ред. В.К. Шамрея. — СПб.: СпецЛит, 2015. — 431 с.
37. Пуссепп Л.М. Травматический невроз военного времени (клинический очерк на основании собственных наблюдений). — Петроград: Практическая медицина, 1916. — 84 с.
38. Резник А.М. Психические расстройства в связи с травмой головного мозга у ветеранов локальных войн // Медицина катастроф. — 2009. — Т. 3, № 67. — С. 17–19.
39. Резник А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму // Health, Food & Biotechnology. — 2020. — Т. 2, № 1. — С. 11–23. DOI: <https://doi.org/10.36107/hfb.2020.i1.s168>
40. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербаков Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. — 2020. — Т. 120, № 6. — С. 31–36. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>
41. Руководство для командиров по контролю над боевым стрессом (Полевой Устав Сухопутных войск США FM 22-51) // Зарубежная военная медицина (Информационный сборник) / Сокр. пер. с англ. А.П. Нечаева. — СПб., 1999. — № 96. — С. 8–84.
42. Рыбников О.Н., Манихин В.В. Особенности социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших ранение в боевых действиях // Военно-медицинский журнал. — 2004. — № 3. — С. 24–27.
43. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. и др. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / Под ред. П.И. Сидорова. — Архангельск: Издательский центр АГМА, 1999. — 384 с.
44. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1997. — 456 с.
45. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущелев С.А. Реакции боевого стресса: Учебное пособие. — М.: Медкнига, 2007. — 272 с.
46. Софронов А.Г. Возможна ли профилактика наркомании у ветеранов локальных войн // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: Учебн. пособие. — СПб., 1995а. — С. 69–72.
47. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психолог. — 2013. — № 2. — С. 258–308. DOI: <https://doi.org/10.7256/2306-0425.2013.2.252>
48. Суханов С.А. Материалы к вопросу о психозах военного времени // Психиатр. газета. — 1915б. — № 7. — С. 106–108; № 11. — С. 165–167; № 13. — С. 204–207; № 17. — С. 271–272.
49. Сухарева Г.Е. Психогенные типы реакций военного времени // Невропатология и психиатрия. — 1943. — Т. 12, № 2. — С. 3–10.

50. Тимофеев Н.Н. Опыт организации психиатрической службы в период Отечественной войны // Тез. докл. юбилейной сессии Центрального научно-исследовательского института психиатрии Наркомздрава РСФСР. — М., 1945. — С. 23–26.
51. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.
52. Тимофеев Н.Н. Очерки военной психиатрии. — Л.: ВмедА, 1962. — 280 с.
53. Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социал. и клинич. психиатрия. — 2003. — Т. 13, вып. 1. — С. 151–163.
54. Фастовцов Г.А. Особенности вызванных стрессом психических расстройств у совершивших криминальные действия комбатантов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 12. — С. 41–45.
55. Фастовцов Г.А., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Психиатрическая помощь военнослужащим Красной армии в годы Великой Отечественной войны: научный обзор // Российский психиатрический журнал. — 2020. — № 2. — С. 10–21. DOI: <https://doi.org/10.24411/1560-957X-2020-10202>
56. Фoa Э., Кин Т.М., Фридман М. и др. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фридмана. — М.: Когито-Центр, 2005. — 467 с.
57. Хохлов Л.К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности // Социал. и клинич. психиатр. — 1998. — № 2. — С. 116–122.
58. Шамрей В.К., Кузнецов Ю.М., Маркина Т.С. Великая Отечественная война и военная психиатрия // Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И. Иванова). — СПб., 2002. — С. 62–66.
59. Юрман Н.А. Неврастенические психозы военного времени // Психиатр. газета. — 1915. — № 9. — С. 139–142.
60. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
61. Al Jowf G.I., Snijders C., Rutten B. et al. The Molecular Biology of Susceptibility to Post-Traumatic Stress Disorder: Highlights of Epigenetics and Epigenomics // International Journal of Molecular Sciences. — 2021. — Vol. 22, № 19. — P. 10743. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms221910743>
62. Armour C., Tsai J., Durham T.A. et al. Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model // J. Psychiatr. Res. — 2015. — Vol. 61. — P. 106–113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>
63. Asch R.H., Kachadourian L., Southwick S.M. et al. Psychological Resilience to the Challenges of Physical Aging in Older U.S. Veterans: Results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — 2021. — Vol. 29, № 12. — P. 1280–1285. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.04.013>
64. Astill Wright L., Sijbrandij M., Sinnerton R. et al. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis //

- Translational psychiatry. — 2019. — Vol. 9, № 1. — P. 334. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0673-5>
65. Baker D.G., Heppner P., Afari N. et al. Trauma exposure, branch of service, and physical injury in relation to mental health among U.S. veterans returning from Iraq and Afghanistan // *Mil. Med.* — 2009. — Vol. 174, № 8. — P. 773–778.
66. Bam M., Yang X., Zhou J. et al. Evidence for Epigenetic Regulation of Pro-Inflammatory Cytokines, Interleukin-12 and Interferon Gamma, in Peripheral Blood Mononuclear Cells from PTSD Patients // *J. Neuroimmune Pharmacol.* — 2016. — Vol. 11, № 1. — P. 168–181. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11481-015-9643-8>
67. Baniasadi M., Hosseini G., Fayyazi Bordbar M.R. et al. Effect of pregabalin augmentation in treatment of patients with combat-related chronic posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial // *J. Psychiatr. Pract.* — 2014. — Vol. 20, № 6. — P. 419–427. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000456590.12998.41>
68. Barrett D.H., Doebbeling C.C., Schwartz D.A. et al. Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. Military personnel serving during the Gulf War period: a population-based study // *Psychosomatics.* — 2002. — Vol. 43, № 3. — P. 195–205.
69. Battista M.A., Hierholzer R., Khouzam H.R. et al. Pilot trial of memantine in the treatment of posttraumatic stress disorder // *Psychiatry.* — 2007. — Vol. 70, № 2. — P. 167–174.
70. Bayley P.J., Schulz-Heik R.J., Tang J.S. et al. Randomised clinical non-inferiority trial of breathing-based meditation and cognitive processing therapy for symptoms of post-traumatic stress disorder in military veterans // *BMJ open.* — 2022. — Vol. 12, № 8. P. e056609. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056609>
71. Beckham J.C., Vrana S.R., Barefoot J.C. et al. Magnitude and duration of cardiovascular responses to anger in Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 2002. — Vol. 70, № 1. — P. 228–234.
72. Begic D., Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder // *Mil. Med.* — 2001. — Vol. 166, № 8. — P. 671–676.
73. Ben Barnes J., Hayes A.M., Contractor A.A. et al. The structure of co-occurring PTSD and depression symptoms in a cohort of Marines pre- and post-deployment // *Psychiatry research.* — 2018. — Vol. 259. — P. 442–449. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.045>
74. Beristianos M.H., Yaffe K., Cohen B., Byers A.L. PTSD and Risk of Incident Cardiovascular Disease in Aging Veterans // *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* — 2016. — Vol. 24, № 3. — P. 192–200. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.12.003>
75. Bisson J.I. Pharmacological treatment to prevent and treat post-traumatic stress disorder // *Torture.* — 2008. — Vol. 18, № 2. — P. 104–106.
76. Black P.H., Garbutt L.D. Stress, inflammation and cardiovascular disease // *J. Psychosom. Res.* — 2002. — Vol. 52, № 1. P. 1–23. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00302-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00302-6)

77. Blacker C.J., Frye M.A., Morava E. et al. A Review of Epigenetics of PTSD in Comorbid Psychiatric Conditions // *Genes*. — 2019. — Vol. 10, № 2. P. 140. DOI: <https://doi.org/10.3390/genes10020140>
78. Bohnert K.M., Sripada R.K., Mach J., McCarthy J.F. Same-day integrated mental health care and PTSD diagnosis and treatment among VHA primary care patients with positive PTSD screens // *Psychiatr Serv*. — 2016. — Vol. 67, № 1. — P. 94–100. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500035>
79. Booth-Kewley S., Larson G.E., Highfill-McRoy R.M. et al. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war // *J. Trauma. Stress*. — 2010. — Vol. 23, № 1. P. 69–77. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.20485>
80. Borus J.F. Re-entry I // *Arch. Gen. Psychiatr*. — 1973. — Vol. 28. — P. 501–506.
81. Borus J.F. The re-entry transition of the Vietnam veteran // *The Social Psychology of Military Service* / N.L. Goldman, D.R. Seagal (Eds.). — 1976. — P. 97–114.
82. Brady K.T., Clary C.M. Affective and anxiety comorbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline // *Compr. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 44, № 5. — P. 360–369.
83. Bramsen I., van der Ploeg H.M. Use of medical and mental health care by World War II survivors in The Netherlands // *J. Trauma. Stress*. — 1999. — Vol. 12. — P. 243–261.
84. Bramsen I., van der Ploeg H.M. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors // *Acta Psychiatr. Scand*. — 1999. — Vol. 100. — P. 350–358.
85. Bremner J.D., Southwick S.M., Darnell A., Charney D.S. Chronic PTSD in Vietnam veterans: course of illness and substance abuse // *Am. J. Psychiatry*. — 1996. — Vol. 153, № 3. — P. 369–375.
86. Bremner J.D., Wittbrodt M.T., Shah A.J. et al. Confederates in the Attic: Posttraumatic Stress Disorder, Cardiovascular Disease, and the Return of Soldier's Heart // *J. Nerv. Ment. Dis*. — 2020. — Vol. 208, № 3. P. 171–180. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001100>
87. Breslau N., Davis G.C., Peterson E., Schultz L.R. Psychiatric sequelae of post-traumatic stress disorder in women // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1997. — Vol. 100. — P. 81–87.
88. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D. et al. Trauma and post-traumatic stress disorder in the community // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 55. — P. 626–632.
89. Brewin C.R., Andrews B., Rose S. Diagnostic overlap between Acute Stress Disorder and PTSD in victims of violent crime // *Amer. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160, № 4. — P. 783–785.
90. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // *J. Consult. Clin. Psychol*. — 2000. — Vol. 68, № 5. — P. 748–766. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
91. Bryant R.A., Moulds M., Guthrie R., Nixon R.D.V. Treating Acute Stress Disorder Following Mild Traumatic Brain Injury // *Amer. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160, № 3. — P. 585–587.
92. Calhoun P.S., Beckham J.C., Bosworth H.B. Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder // *J. Trauma. Stress*. — 2002. — Vol. 15, № 3. — P. 205–212.
93. Calhoun P.S., Beckham J.C., Feldman M.E. et al. Partners' ratings of combat veterans' anger // *J. Trauma. Stress*. — 2002. — Vol. 15, № 2. — P. 133–136.

94. Calhoun P.S., Bosworth H.B., Grambow S.C. et al. Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder // *Am. J. Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159, № 12. — P. 2081–2086.
95. Carey P., Suliman S., Ganesan K. et al. Olanzapine monotherapy in posttraumatic stress disorder: efficacy in a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Hum. Psychopharmacol.* — 2012. — Vol. 27, № 4. P. 386–391. DOI: <https://doi.org/10.1002/hup.2238>
96. Chara P.J. Jr., Chara K.A. Posttraumatic stress disorder among survivors of a kamikaze attack // *Psychol. Rep.* — 2001. — Vol. 89, № 3. — P. 577–582.
97. Classen C., Koopman C., Hales R., Spiegel D. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms // *Amer. J. Psychiatry*. — 1998. — Vol. 155. — P. 620–624.
98. Cosgrove D.J., Gordon Z., Bernie J.E. et al. Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder // *Urology*. — 2002. — Vol. 60, № 5. — P. 881–884.
99. Creamer M., Forbes D., Biddle D., Elliott P. Inpatient versus day hospital treatment for chronic, combat-related posttraumatic stress disorder: a naturalistic comparison // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2002. — Vol. 190, № 3. — P. 183–189.
100. Davidson J.R., Rothbaum B.O., van der Kolk B.A. et al. Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 58, № 5. P. 485–492. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.485>
101. Davidson J., Rothbaum B.O., Tucker P. et al. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: a sertraline- and placebo-controlled study // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2006. — Vol. 26, № 3. P. 259–267. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000222514.71390.c1>
102. Davis L.L., Davidson J.R., Ward L.C. et al. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population // *J. Clin. Psychopharmacol.* — 2008. — Vol. 28, № 1. — P. 84–88.
103. Davis L.L., English B.A., Ambrose S.M., Petty F. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: a comprehensive review // *Expert. Opin. Pharmacother.* — 2001. — Vol. 2, № 10. — P. 1583–1595.
104. Dean K.R., Hammamieh R., Mellon S.H. et al. Multi-omic biomarker identification and validation for diagnosing warzone-related post-traumatic stress disorder // *Molecular Psychiatry*. — 2020. — Vol. 25, № 12. P. 3337–3349. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0496-z>
105. Delahanty D.L., Gabert-Quillen C., Ostrowski S.A. et al. The efficacy of initial hydrocortisone administration at preventing posttraumatic distress in adult trauma patients: a randomized trial // *CNS spectrums*. — 2013. — Vol. 18, № 2. P. 103–111. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1092852913000096>
106. Difede J., Ptacek J.T., Roberts J. et al. Acute stress disorder after burn injury: a predictor of posttraumatic stress disorder? // *Psychosom. Med.* — 2002. — Vol. 64, № 5. — P. 826–834.
107. DeViva J.C., Bloem W.D. Symptom exaggeration and compensation seeking among combat veterans with posttraumatic stress disorder // *J. Trauma. Stress*. — 2003. — Vol. 15, № 5. — P. 503–507.

108. Dirkzwager A.J., Bramsen I., van der Ploeg H.M. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms among aging military veterans // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2001. — Vol. 189, № 12. — P. 846–853.
109. van Dis E.A.M., van Veen S.C., Hagenaars M.A. et al. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis // *JAMA Psychiatry.* — 2020. — Vol. 77, № 3. — P. 265–273. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
110. Dobson M., Marshall R.P. Surviving the war zone experience: preventing psychiatric casualties // *Mil. Med.* — 1997. — Vol. 162, № 4. — P. 283–287.
111. Donovan B., Padin-Rivera E., Kowaliw S. “Transcend”: initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program // *J. Trauma Stress.* — 2001. — Vol. 14, № 4. — P. 757–772.
112. Duncan L.E., Ratanatharathorn A., Aiello A.E. et al. Largest GWAS of PTSD (N=20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability // *Molecular Psychiatry.* — 2018. — Vol. 23, № 3). — P. 666–673. DOI: <https://doi.org/10.1038/mp.2017.77>
113. Ehlers A., Hackmann A., Steil R. et al. The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis // *Behav. Res. Ther.* — 2002. — Vol. 40, № 9. — P. 995–1002.
114. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav. Res. Ther.* — 2000. — Vol. 38, № 4. P. 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
115. Engel C.C., Jaycox L.H., Freed M.C. et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial // *JAMA Intern. Med.* — 2016. — Vol. 176, № 7. — P. 948–956. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.2402>
116. Feinstein A., Owen J., Blair N. A Hazardous Profession: War, Journalists, and Psychopathology // *Am. J. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 159, № 9. — P. 1570–1575.
117. Fillion J.S., Clements P.T., Averill J.B., Vigil G.J. Talking as a primary method of peer defusing for military personnel exposed to combat trauma // *J. Psychosoc. Nurs. Ment Health. Serv.* — 2002. — Vol. 40, № 8. — P. 40–49.
118. Field Manual 4-02.51 (FM 8-51): Combat and operational stress control. Headquarters, Department of the Army. July, 2006. 115 p.
119. Fogle B.M., Tsai J., Mota N. et al. The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions // *Front. Psychiatry.* — 2020. — Vol. 11. P. 538218. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.538218>
120. Forbes D., Creamer M., Allen N. et al. The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder // *J. Pers. Assessment.* — 2002. — Vol. 79, № 2. — P. 321–336. DOI: https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7902_13
121. Forbes D., Phelps A.J., McHugh T. et al. Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data // *J. Trauma. Stress.* — 2003. — Vol. 16, № 5. — P. 509–513.

122. Forbes D., Lloyd D., Nixon R.D. et al. A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder // *J. Anxiety Disord.* — 2012. — Vol. 26, № 3. P. 442–452. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.006>
123. Fras I. Psychiatry and the Great War // *Hist. Sci. Med.* — 2002. — Vol. 36, № 2. — P. 185–192.
124. Freeman T., Kimbrell T. Relationship of alcohol craving to symptoms of posttraumatic stress disorder in combat veterans // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2004. — Vol. 192, № 5. — P. 389–390.
125. Frueh B.C., Hamner M.B., Bernat J.A. et al. Racial differences in psychotic symptoms among combat veterans with PTSD // *Depress. Anxiety.* — 2002. — Vol. 16, № 4. — P. 157–161.
126. Frueh B.C., Elhai J.D., Gold P.B. et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder // *Psychiatr. Serv.* — 2003. — Vol. 54, № 1. — P. 84–91.
127. Fu Q., Heath A.C., Bucholz K.K. et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men // *Psychol. Med.* — 2002. — Vol. 32, № 1. — P. 11–24.
128. Gelernter J., Sun N., Polimanti R. et al. Department of Veterans Affairs Cooperative Studies Program (#575B) and Million Veteran Program (2019). Genome-wide association study of post-traumatic stress disorder reexperiencing symptoms in >165,000 US veterans // *Nat. Neurosci.* — Vol. 22, № 9. — P. 1394–1401. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41593-019-0447-7>
129. Gilbertson M.W., Shenton M.E., Ciszewski A. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma // *Nat. Neurosci.* — 2002. — Vol. 5, № 11. — P. 1242–1247.
130. Glenn D.M., Beckham J.C., Feldman M.E. et al. Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder // *Violence Vict.* — 2002. — Vol. 17, № 4. — P. 473–489.
131. Glenn D.M., Beckham J.C., Sampson W.S. MMPI-2 profiles of Gulf and Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder // *J. Clin. Psychol.* — 2002. — Vol. 58, № 4. — P. 371–381.
132. Gurvits T.V., Carson M.A., Metzger L. et al. Absence of selected neurological soft signs in Vietnam nurse veterans with post-traumatic stress disorder // *Psychiatry Res.* — 2002. — Vol. 110, № 1. — P. 81–85.
133. Gurvits T.V., Lasko N.B., Repak A.L. et al. Performance on visuospatial copying tasks in individuals with chronic posttraumatic stress disorder // *Psychiatry Res.* — 2002. — Vol. 15, № 112 (3). — P. 263–268.
134. Gurvits T.V., Metzger L.J., Lasko N.B. et al. Subtle neurologic compromise as a vulnerability factor for combat-related posttraumatic stress disorder: results of a twin study // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 63, № 5. P. 571–576. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.571>
135. Halligan S.L., Clark D.M., Ehlers A. Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 33, № 2. — P. 73–89.
136. Hamblen J.L., Norman S.B., Sonis J.H. et al. A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: An update // *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*. — 2019. — Vol. 56, № 3. — P. 359–373. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000231>

137. Harvey A.G., Bryant R.A. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury // *Am. J. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 157. — P. 626–628.
138. Hedges D.W., Allen S., Tate D.F. et al. Reduced hippocampal volume in alcohol and substance naive Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder // *Cognit. Behav. Neurol.* — 2003. — Vol. 16, № 4. — P. 219–224.
139. Hellowell S.J., Brewin C.R. A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: cognitive resources and behavioural observations // *Behav. Res. Ther.* — 2002. — Vol. 40, № 10. — P. 1143–1156.
140. Herzog S., Fogle B.M., Harpaz-Rotem I. et al. Dissociative Symptoms in a Nationally Representative Sample of Trauma-Exposed U.S. Military Veterans: Prevalence, Comorbidities, and Suicidality // *J. Affect. Disord.* — 2020. — Vol. 272. — P. 138–145. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.177>
141. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L. et al. Mild traumatic brain injury in U.S. Soldiers returning from Iraq // *N. Engl. J. Med.* — 2008. — Vol. 358, № 5. — P. 453–463. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa072972>
142. Holbrook T.L., Galarneau M.R., Dye J.L. et al. Morphine use after combat injury in Iraq and post-traumatic stress disorder // *N. Engl. J. Med.* — 2010. — Vol. 362, № 2. — P. 110–117. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0903326>
143. Horn S.R., Charney D.S., Feder A. Understanding resilience: New approaches for preventing and treating PTSD // *Exp. Neurol.* — 2016. — Vol. 284, Pt. B. — P. 119–132. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.07.002>
144. Horner M.D., Hamner M.B. Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder // *Neuropsychol. Rev.* — 2002. — Vol. 12, № 1. — P. 15–30.
145. Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches // *Eur. J. Psychotraumatol.* — 2021. — Vol. 12, № 1. — P. 1802920. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1802920>
146. Hull A.M. Neuroimaging finding in post-traumatic stress disorder // *Brit. J. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 181. — P. 102–110.
147. Ireland M.R., Bostwick M.J. Why we need military psychiatrists: 20th century US military psychiatry and proposal for the future // *Milit. Med.* — 1997. — Vol. 162, № 4. — P. 278–282.
148. Isaacs K., Mota N.P., Tsai J. et al. Psychological resilience in U.S. military veterans: A 2-year, nationally representative prospective cohort study // *J. Psychiatr. Res.* — 2017. — Vol. 84. — P. 301–309. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.017>
149. Iversen A.C., Fear N.T., Ehlers A. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel // *Psychol. Med.* — 2008. — Vol. 29. — P. 1–12.

150. Johnson D.R., Fontana A., Lubin H., Rosenheck R. Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2004. — Vol. 192, № 1. — P. 35–41.
151. Jones E., Hodgins-Vermaas R., McCartney H. et al. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution // *B.M.J.* — 2002. — Vol. 9, № 324 (7333). — P. 321–324.
152. Kaufman M.L., Kimble M.O., Kaloupek D.G. et al. Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-relevant stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder // *J. Nerv. Ment. Dis.* — 2002. — Vol. 190, № 3. — P. 167–174.
153. Kearns M.C., Ressler K.J., Zatzick D., Rothbaum B.O. Early interventions for PTSD: a review // *Depress. Anxiety.* — 2012. — Vol. 29, № 10. — P. 833–842. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.21997>
154. Kessler R.C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society // *J. Clin. Psychiatry.* — 2000. — Vol. 61, Suppl 5. — P. 4–14.
155. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1995. — Vol. 52, № 12. — P. 1048–1060. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
156. 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, № 3. — P. 265–274. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20150>
157. Kilpatrick D.G., Ruggiero K.J., Acierno R. et al. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 2003. — Vol. 71, № 4. — P. 692–700. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.4.692>
158. Koenen K.C., Sumner J.A., Gilsanz P. et al. Post-traumatic stress disorder and cardiometabolic disease: improving causal inference to inform practice // *Psychol. Med.* — 2017. — Vol. 47, № 2. — P. 209–225. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291716002294>
159. Kothgassner O.D., Pellegrini M., Goreis A. et al. Hydrocortisone administration for reducing post-traumatic stress symptoms: A systematic review and meta-analysis // *Psychoneuroendocrinology.* — 2021. — Vol. 126. — P. 105168. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105168>
160. Kremen W.S., Koenen K.C., Afari N., Lyons M.J. Twin studies of posttraumatic stress disorder: differentiating vulnerability factors from sequelae // *Neuropharmacology.* — 2012. — Vol. 62, № 2. — P. 647–653. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.03.012>
161. Krzyzewska I.M., Ensink J., Nawijn L. et al. Genetic variant in CACNA1C is associated with PTSD in traumatized police officers // *Eur. J. Hum. Genet.* — 2018. — Vol. 26. — P. 247–257. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41431-017-0059-1>
162. Kuan P.F., Waszczuk M.A., Kotov R. et al. An epigenome-wide DNA methylation study of PTSD and depression in World Trade Center responders // *Transl. Psychiatry.* — 2017. — Vol. 7. — P. e1158. DOI: <https://doi.org/10.1038/tp.2017.130>.

163. Lamprecht F., Sack M. Posttraumatic stress disorder revisited // *Psychosom. Med.* — 2002. — Vol. 64, № 2. — P. 222–237.
164. Lanius R.A., Williamson P.C., Densmore M. et al. Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional MRI investigation // *Am. J. Psychiatry.* — 2001. — Vol. 158, № 11. — P. 1920–1922.
165. Lawford B.R., Young R., Noble E.P. et al. The D2 dopamine receptor (DRD2) gene is associated with co-morbid depression, anxiety and social dysfunction in untreated veterans with post-traumatic stress disorder // *Eur. Psychiatry.* — 2006. — Vol. 21, № 3. — P. 180–185. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.01.006>
166. Lee D.J., Schnitzlein C.W., Wolf J.P. et al. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments // *Depress. Anxiety.* — 2016. — Vol. 33, № 9. — P. 792–806. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22511>
167. Lehrner A., Hildebrandt T., Bierer L.M. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of hydrocortisone augmentation of Prolonged Exposure for PTSD in U.S. combat veterans // *Behav. Res. Ther.* — 2021. — Vol. 144. — P. 103924. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103924>
168. Leichsenring F., Steinert C., Rabung S., Ioannidis J.P.A. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses // *World Psychiatry.* — 2022. — Vol. 21, № 1. — P. 133–145. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20941>
169. Lesic A., Opalic P. Psychopathologic reactions in orthopedic patients // *Srp. Arh. Celok Lek.* — 2003. — Vol. 131, № 7–8. — P. 306–310.
170. Leskela J., Dieperink M., Thuras P. Shame and posttraumatic stress disorder // *J. Trauma. Stress.* — 2002. — Vol. 15, № 3. — P. 223–226.
171. Lewine J.D., Thoma R.J., Provencal S.L. et al. Abnormal stimulus-response intensity functions in posttraumatic stress disorder: an electrophysiological investigation // *Am. J. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 159, № 10. — P. 1689–1695.
172. Lyons M.J., Goldberg J., Eisen S.A. et al. Do genes influence exposure to trauma? A twin study of combat // *Am. J. Med. Genet.* — 1993. — Vol. 48, № 1. — P. 22–27. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.1320480107>
173. Loo C.M., Fairbank J.A., Scurfield R.M. et al. Measuring exposure to racism: development and validation of a Race-Related Stressor Scale (RRSS) for Asian American Vietnam veterans // *Psychol. Assess.* — 2001. — Vol. 13, № 4. — P. 503–520.
174. Macgregor A.J., Tang J.J., Dougherty A.L., Galarneau M.R. Deployment-related injury and posttraumatic stress disorder in US military personnel // *Injury.* — 2013. — Vol. 44. P. 1458–1464. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2012.10.009>
175. Marshall G.N., Schell T.L. Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: evidence from a longitudinal study of community violence survivors // *J. Abnorm. Psychol.* — 2002. — Vol. 111, № 4. — P. 626–636.

176. Marshall R.D., Spitzer R., Liebowitz M.R. Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder // *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 156. — P. 1677–1685.
177. Marshall R.D., Olfson M., Hellman F. et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD // *Am. J. Psychiatry*. — 2001. — Vol. 158, № 9. — P. 1467–1473.
178. Mason J.W., Wang S., Yehuda R. et al. Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program // *Psychosom. Med.* — 2002. — Vol. 64, № 2. — P. 238–246.
179. May F.S., Chen Q.C., Gilbertson M.W. et al. Cavum septum pellucidum in monozygotic twins discordant for combat exposure: relationship to posttraumatic stress disorder // *Biol. Psychiatry*. — 2004. — Vol. 55, № 6. — P. 656–658. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.09.018>
180. Mazzeo S.E., Beckham J.C., Witvliet C.V. et al. A cluster analysis of symptom patterns and adjustment in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder // *J. Clin. Psychol.* — 2002. — Vol. 58, № 12. — P. 1555–1571.
181. McGuire A.P., Fogle B.M., Tsai J. et al. Dispositional gratitude and mental health in the U.S. veteran population: Results from the National Health and Resilience Veterans Study // *J. Psychiatr. Res.* — 2021. — Vol. 135. — P. 279–288. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.020>
182. Nally R.J. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder // *Annu. Rev. Psychol.* — 2003. — Vol. 54, № 1. — P. 229–252.
183. Mellman T.A., Clark R.E., Peacock W.J. Prescribing patterns for patients with posttraumatic stress disorder // *Psychiatr. Serv.* — 2003. — Vol. 54, № 12. — P. 1618–1621.
184. Merz J., Schwarzer G., Gerger H. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis // *JAMA Psychiatry*. — 2019. — Vol. 76, № 9. — P. 904–913. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951>
185. Miller M.W., Fogler J.M., Wolf E.J. et al. The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans // *J. Trauma. Stress.* — 2008. — Vol. 21, № 1. — P. 58–65.
186. Milliken C.S., Auchterlonie J.L., Hoge C.W. Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war // *JAMA*. — 2007. — Vol. 298, № 18. — P. 2141–2148.
187. Mollica R.F., Henderson D.C., Tor S. Psychiatric effects of traumatic brain injury events in Cambodian survivors of mass violence // *Br. J. Psychiatry*. — 2002. — Vol. 181. — P. 339–347.
188. Mohamed S., Rosenheck R.A. Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs: diagnostic- and symptom-guided drug selection // *J. Clin. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 69, № 6. — P. 959–965. DOI: <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0611>
189. de Moraes Costa G., Zanatta F.B., Ziegelmann P.K. et al. Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability // *J. Psychiatr. Res.* — 2020. — Vol. 130. — P. 412–420. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.046>

190. Mota N.P., Cook J.M., Smith N.B. et al. Posttraumatic stress symptom courses in U.S. military veterans: A seven-year, nationally representative, prospective cohort study // *J. Psychiatr. Res.* — 2019. — Vol. 119. — P. 23–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.005>
191. Mota N., Tsai J., Kirwin P.D. et al. Late-life exacerbation of PTSD symptoms in US veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *J. Clin. Psychiatry.* — 2016. — Vol. 77, № 3. — P. 348–354. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10101>
192. Monnier J., Elhai J.D., Frueh B.C. et al. Replication and expansion of findings related to racial differences in veterans with combat-related PTSD // *Depress. Anxiety.* — 2002. — Vol. 16, № 2. — P. 64–70.
193. Nievergelt C.M., Ashley-Koch A.E., Dalvie S. et al. Genomic Approaches to Posttraumatic Stress Disorder: The Psychiatric Genomic Consortium Initiative // *Biol. Psychiatry.* — 2018. — Vol. 83, № 10. — P. 831–839. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.01.020>
194. Nievergelt C.M., Maihofer A.X., Klengel T. et al. International meta-analysis of PTSD genome-wide association studies identifies sex- and ancestry-specific genetic risk loci // *Nat. Commun.* — 2019. — Vol. 8, № 10 (1). — P. 4558. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41467-019-12576-w>
195. Nock M.K., Kaufman J., Rosenheck R.A. Examination of predictors of severe violence in combat-exposed Vietnam veterans // *J. Trauma. Stress.* — 2001. — Vol. 14, № 4. — P. 835–841. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1013006608880>
196. Norman S.B., Tate S.R., Anderson K.G., Brown S.A. Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? // *Drug Alcohol Depend.* — 2007. — Vol. 90, № 1. — P. 89–96.
197. Norman S.B., Stein M.B., Dimsdale J.E., Hoyt D.B. Pain in the aftermath of trauma is a risk factor for post-traumatic stress disorder // *Psychol. Med.* — 2008. — Vol. 38, № 4. — P. 533–542. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707001389>
198. Novaco R.W., Chemtob C.M. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder // *J. Trauma. Stress.* — 2002. — Vol. 15, № 2. — P. 123–132.
199. Noy S. Prevalence of psychological, somatic, and conduct casualties in war // *Mil. Med.* — 2001. — Vol. 166, Suppl. 12. — P. 31–33.
200. Nugent N.R., Amstadter A.B., Koenen K.C. Genetics of post-traumatic stress disorder: informing clinical conceptualizations and promoting future research // *Am. J. Med. Genet. — 2008. — Part C, Seminars in medical genetics.* — Vol. 148C, № 2. — P. 127–132. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30169>
201. Ouimette P.C., Moos R.H., Finney J.W. Two-year mental health service use and course of remission in patients with substance use and posttraumatic stress disorder // *J. Stud. Alcohol.* — 2000. — Vol. 61, № 2. — P. 247–253.
202. Orcutt H.K., Erickson D.J., Wolfe J. A prospective analysis of trauma exposure: the mediating role of PTSD symptomatology // *J. Trauma. Stress.* — 2002. — Vol. 15, № 3. — P. 259–266.
203. Overstreet C., DeViva J.C., Amstadter A. et al. Resilience to traumatic stress in U.S. military veterans: Application of a novel classification approach in a nationally representative sample // *J.*

- Psychiatr. Res. — 2021. — Vol. 140. — P. 301–307. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.06.004>
204. Pary R., Micchelli A.N., Lippmann S. How We Treat Posttraumatic Stress Disorder // Prim. Care Companion CNS Disord. — 2021. — Vol. 23, № 1. — P. 19nr02572. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.19nr02572>
205. Perkonig A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // Acta Psychiatr. Scand. — 2000. — Vol. 101. — P. 46–59.
206. Pereira A. Combat trauma and the diagnosis of post-traumatic stress disorder in female and male veterans // Mil. Med. — 2002. — Vol. 167, № 1. — P. 23–27.
207. Pissioti A., Frans O., Fernandez M. et al. Neurofunctional correlates of posttraumatic stress disorder: a PET symptom provocation study // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. — 2002. — Vol. 252, № 2. — P. 68–75.
208. Pivac N., Muck-Seler D., Sagud M., Jakovljevic M. Platelet serotonergic markers in posttraumatic stress disorder // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. — 2002. — Vol. 26, № 6. — P. 1193–1198.
209. Pollard H.B., Shivakumar C., Starr J. et al. “Soldier’s Heart”: A Genetic Basis for Elevated Cardiovascular Disease Risk Associated with Posttraumatic Stress Disorder // Front. Mol. Neurosci. — 2016. — Vol. 9. — P. 87. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnmol.2016.00087>
210. Port C.L., Engdahl B., Frazier P. A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war // Am. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158, № 9. — P. 1474–1479.
211. Prigerson H.G., Maciejewski P.K., Rosenheck R.A. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men // Am. J. Public. Health. — 2002. — Vol. 92, № 1. — P. 59–63.
212. Puetz T.W., Youngstedt S.D., Herring M.P. Effects of Pharmacotherapy on Combat-Related PTSD, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis // PloS One. — 2015. — Vol. 10, № 5. P. e0126529. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126529>
213. Rauch S.A.M., Kim H.M., Powell C. et al. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial // JAMA Psychiatry. — 2019. — Vol. 76, № 2. — P. 117–126. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3412>
214. Reznik A.M., Syunyakov T.S., Arbuzov A.L. Alcohol Addiction in War Veterans Treated in a Inpatient Psychiatric Facility: Incidence, Comorbidity with PTSD Symptoms, Association with Combat Stressors // Consortium Psychiatricum. — 2022. — Vol. 3, № 3. — P. 73–89. DOI: <https://doi.org/10.17816/CP188>
215. Richardson L.K., Frueh B.C., Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review // Aust. N Z J Psychiatry. — 2010. — Vol. 44, № 1. — P. 4–19. DOI: <https://doi.org/10.3109/00048670903393597>

216. Roberts A.L., Agnew-Blais J.C., Spiegelman D. et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of type 2 diabetes mellitus in a sample of women: a 22-year longitudinal study // *JAMA Psychiatry*. — 2015. — Vol. 72, № 3. — P. 203–210. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2632>
217. Roberts A.L., Gilman S.E., Breslau J. et al. Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States // *Psychol. Med.* — 2011. — Vol. 41, № 1. — P. 71–83. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291710000401>
218. Roca V., Freeman T.W. Psychosensory symptoms in combat veterans with posttraumatic stress disorder // *J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci.* — 2002. — Vol. 14, № 2. — P. 185–189.
219. Rubin D.C., Berntsen D., Bohni M.K. A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis // *Psychol. Rev.* — 2008. — Vol. 115, № 4. — P. 985–1011. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0013397>
220. Ruscio A.M., Ruscio J., Keane T.M. The latent structure of posttraumatic stress disorder: a taxometric investigation of reactions to extreme stress // *J. Abnorm. Psychol.* — 2002. — Vol. 111, № 2. — P. 290–301.
221. Ruscio A.M., Weathers F.W., King L.A., King D.W. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing // *J. Trauma. Stress.* — 2002. — Vol. 15, № 5. — P. 351–357.
222. Rusiecki J.A., Byrne C., Galdzicki Z. et al. PTSD and DNA Methylation in Select Immune Function Gene Promoter Regions: A Repeated Measures Case-Control Study of U.S. Military Service Members // *Front. Psychiatry*. — 2013. — Vol. 4. — P. 56. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.000560>
223. Rutten B.P.F., Vermetten E., Vinkers C.H. et al. Longitudinal analyses of the DNA methylome in deployed military servicemen identify susceptibility loci for post-traumatic stress disorder // *Mol. Psychiatry*. — 2018. — Vol. 23. — P. 1145–1156. DOI: <https://doi.org/10.1038/mp.2017.120>
224. Salmon T.W. The war neuroses and their lesson // *N Y State J. Med.* — 1919. — Vol. 51. — P. 993–994.
225. Sautter F.J., Cornwell J., Johnson J.J. et al. Family history study of posttraumatic stress disorder with secondary psychotic symptoms // *Am. J. Psychiatry*. — 2002. — Vol. 159, № 10. — P. 1775–1777.
226. Savoca E., Rosenheck R. The civilian labor market experiences of Vietnam-era veterans: the influence of psychiatric disorders // *J. Ment. Health Policy. Econ.* — 2000. — Vol. 3, № 4. — P. 199–207.
227. Scherrer J.F., Xian H., Lyons M.J. et al. Posttraumatic stress disorder; combat exposure; and nicotine dependence, alcohol dependence, and major depression in male twins // *Compr. Psychiatry*. — 2008. — Vol. 49, № 3. — P. 297–304.
228. Schnurr P.P. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder // *Curr. Opin. Psychol.* — 2017. — Vol. 14. — P. 56–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.11.005>
229. Schnurr P.P., Chard K.M., Ruzek J.I. et al. Comparison of Prolonged Exposure vs Cognitive Processing Therapy for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Among US Veterans: A Randomized

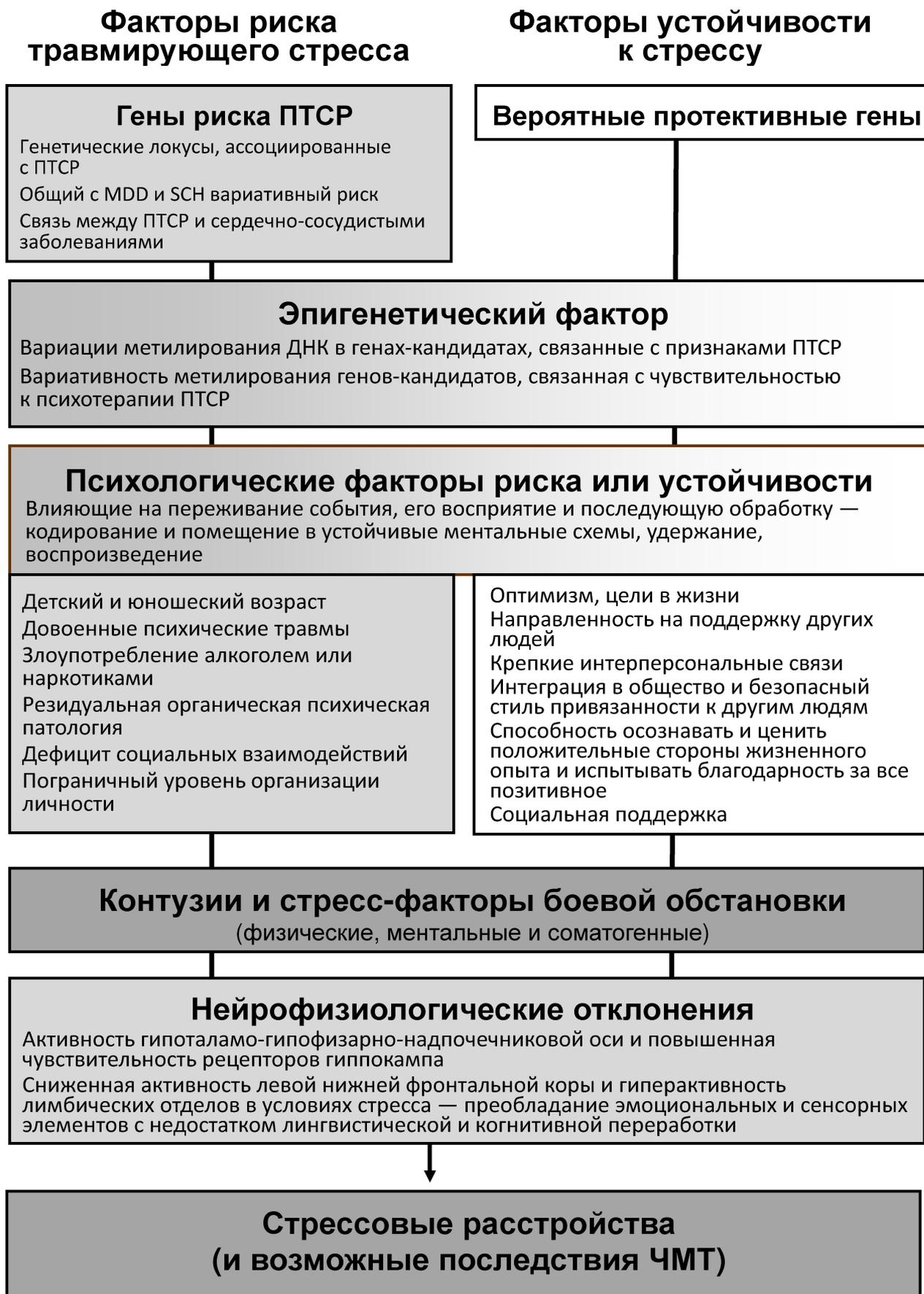
- Clinical Trial // JAMA Network Open. — 2022. — Vol. 5, № 1. — P. e2136921. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36921>
230. Schrader C., Ross A. A Review of PTSD and Current Treatment Strategies // Missouri Med. — 2021. — Vol. 118, № 6. — P. 546–551.
231. Schuff N., Neylan T.C., Lenoci M.A. et al. Decreased hippocampal N-acetylaspartate in the absence of atrophy in posttraumatic stress disorder // Biol. Psychiatry. — 2001. — Vol. 15, № 50 (12). — P. 952–959.
232. Seal K.H., Metzler T.J., Gima K.S. et al. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care // Am. J. Public Health. — 2009. — Vol. 99, № 9. — P. 1651–1658.
233. Segman R.H., Cooper-Kazaz R., Macciardi F. et al. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder // Mol. Psychiatry. — 2002. — Vol. 7, № 8. — P. 903–907.
234. Shadmehr R., Holcomb H.H. Neural correlates of motor memory consolidation // Science. — 1997. — Vol. 277. — P. 821–825. DOI: <https://doi.org/10.1126/science.277.5327.821>
235. Shalev A.Y., Gevonden M., Ratanatharathorn A. et al. & International Consortium to Predict PTSD. Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) // World Psychiatry. — 2019. — Vol. 18, № 1. — P. 77–87. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20608>
236. Shalev A.Y., Ankri Y., Israeli-Shalev Y. et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study // Arch. Gen. Psychiatry. — 2012. — Vol. 69, № 2. — P. 166–176. DOI: <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.127>
237. Shalev A., Liberzon I., Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder // N. Engl. J. Med. — 2017. — Vol. 376, № 25. — P. 2459–2469. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
238. Sharma V., Marin D.B., Koenig H.K. et al. Religion, spirituality, and mental health of U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study // J. Affect. Disord. — 2017. — Vol. 217. — P. 197–204. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.071>
239. Shear K.M. Building a Model of Posttraumatic Stress Disorder // Am. J. Psychiatry. — 2002. — Vol. 159, № 10. — P. 1631–1633.
240. Sherin J.E., Nemeroff C.B. Post-traumatic stress disorder: The neurobiological impact of psychological trauma // Dialogues Clin. Neurosci. — 2011. — Vol. 13. — P. 263–278. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>
241. Shively C.A., Register T.C., Clarkson T.B. Social stress, visceral obesity, and coronary artery atherosclerosis: product of a primate adaptation // Am. J. Primatol. — 2009. — Vol. 71, № 9. — P. 742–751. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajp.20706>
242. Shin L.M., Orr S.P., Carson M.A. et al. Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD // Arch. Gen. Psychiatry. — 2004. — Vol. 61, № 2. — P. 168–176.

243. Simms L.J., Watson D., Doebbeling B.N. Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and nondeployed veterans of the Gulf War // *J. Abnorm. Psychol.* — 2002. — Vol. 111, № 4. — P. 637–647.
244. Sippel L.M., Mota N.P., Kachadourian L.K. et al. The burden of hostility in U.S. Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *Psychiatry Res.* — 2016. — Vol. 243. — P. 421–430. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.040>
245. Smith A.K., Conneely K.N., Kilaru V. et al. Differential immune system DNA methylation and cytokine regulation in post-traumatic stress disorder // *Am. J. Med. Genet.* — 2011. — Part B, Neuropsychiatric Gen. — Vol. 156B, № 6. — P. 700–708. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31212>
246. Solter V., Thaller V., Karlovic D., Crnkovic D. Elevated Serum Lipids in Veterans with Combat-related Chronic Posttraumatic Stress Disorder // *Croat. Med. J.* — 2002. — Vol. 43, № 6. — P. 685–689.
247. Song H., Fang F., Tomasson G. et al. Association of Stress-Related Disorders With Subsequent Autoimmune Disease // *JAMA.* — 2018. — Vol. 319, № 23. — P. 2388–2400. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.7028>
248. Spivak B., Maayan R., Kotler M. et al. Elevated circulatory level of GABA(A) — antagonistic neurosteroids in patients with combat-related post-traumatic stress disorder // *Psychol. Med.* — 2000. — Vol. 30, № 5. — P. 1227–1231.
249. Steel Z., Silove D., Phan T., Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study // *Lancet.* — 2002. — Vol. 5, № 360 (9339). — P. 1056–1062.
250. Steenkamp M.M., Litz B.T., Hoge C.W., Marmar C.R. Psychotherapy for Military-Related PTSD: A Review of Randomized Clinical Trials // *JAMA.* — 2015. — Vol. 314, № 5. — P. 489–500. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.8370>
251. Stein M.B., Jang K.L., Taylor S. et al. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study // *Am. J. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 159, № 10. — P. 1675–1681.
252. Tate S.R., Norman S.B., McQuaid J.R., Brown S.A. Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history // *J. Subst. Abuse Treat.* — 2007. — Vol. 33, № 1. — P. 25–32.
253. Thomas M.M., Harpaz-Rotem I., Tsai J. et al. Mental and Physical Health Conditions in US Combat Veterans: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study // *Prim. Care Companion CNS Disord.* — 2017. — Vol. 19, № 3. P. 10.4088/PCC.17m02118. DOI: <https://doi.org/10.4088/PCC.17m02118>
254. Trappler B., Braunstein J.W., Moskowitz G., Friedman S. Holocaust survivors in a primary care setting: fifty years later // *Psychol. Rep.* — 2002. — Vol. 91, № 2. — P. 545–552.
255. True W.R., Rice J., Eisen S.A. et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms // *Arch. Gen. Psychiatry.* — 1993. — Vol. 50, № 4. — P. 257–264. DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160019002>

256. Tsai J., El-Gabalawy R., Sledge W.H. et al. Post-traumatic growth among veterans in the USA: results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *Psychol. Med.* — 2015. — Vol. 45, № 1. P. 165–179. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291714001202>
257. VA/DOD Clinical Practice Guideline for the management of Posttraumatic stress disorder and Acute stress disorder: Clinical summary. Published online: 19 Oct 2018. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.16408>
258. Vaccarino V., Goldberg J., Rooks C. et al. Post-traumatic stress disorder and incidence of coronary heart disease: a twin study // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2013. — Vol. 62, № 11. — P. 970–978. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.04.085>
259. Vaccarino V., Goldberg J., Magruder K.M. et al. Posttraumatic stress disorder and incidence of type-2 diabetes: a prospective twin study // *J. Psychiatr. Res.* — 2014. — Vol. 56. — P. 158–164. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2014.05.019](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.05.019)
260. Vasterling J.J., Duke L.M., Brailey K. et al. Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons // *Neuropsychology.* — 2002. — Vol. 16, № 1. — P. 5–14.
261. Villarreal G., Hamner M.B., Cañive J.M. et al. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial // *Am. J. Psychiatry.* — 2016. — Vol. 173, № 12. — P. 1205–1212. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070967>
262. Vinkers C.H., Kalafateli A.L., Rutten B.P. et al. Traumatic stress and human DNA methylation: a critical review // *Epigenomics.* — 2015. — Vol. 7, № 4. P. 593–608. DOI: <https://doi.org/10.2217/epi.15.11>
263. de Vries M., Soetekouw P.M., van der Meer J.W., Bleijenberg G. The role of post-traumatic stress disorder symptoms in fatigued Cambodia veterans // *Mil. Med.* — 2002. — Vol. 167, № 9. — P. 790–794.
264. Watkins L.E., Harpaz-Rotem I., Sippel L.M. et al. Hostility and telomere shortening among U.S. military veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *Psychoneuroendocrinology.* — 2016. — Vol. 74. — P. 251–257. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.09.006>
265. Watts B.V., Schnurr P.P., Zayed M. et al. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder // *Psychiatric Services (Washington, D.C.).* — 2015. — Vol. 66, № 2. — P. 149–154. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400062>
266. Wisco B.E., Marx B.P., Wolf E.J. et al. Posttraumatic stress disorder in the US veteran population: results from the National Health and Resilience in Veterans Study // *J. Clin. Psychiatry.* — 2014. — Vol. 75, № 12. — P. 1338–1346. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09328>
267. Wolf E.J., Miller M.W., Sullivan D.R. et al. A classical twin study of PTSD symptoms and resilience: Evidence for a single spectrum of vulnerability to traumatic stress // *Depress. Anxiety.* — 2018. — Vol. 35, № 2. — P. 132–139. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.22712>

268. Wooley C.F. Jacob Mendez DaCosta: medical teacher, clinician, and clinical investigator // *Am. J. Cardiol.* — 1982. — Vol. 50, № 5. — P. 1145–1148. DOI: [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(82\)90434-9](https://doi.org/10.1016/0002-9149(82)90434-9)
269. Xue C., Ge Y., Tang B. et al. A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans // *PloS One.* — 2015. — Vol. 10, № 3. — P. e0120270. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270>
270. Yang R., Xu C., Bierer L.M. et al. Longitudinal genome-wide methylation study of PTSD treatment using prolonged exposure and hydrocortisone // *Transl. Psychiatry.* — 2021. — Vol. 11, № 1. — P. 398. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01513-5>
271. Yehuda R., LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD // *Neuron.* — 2007. — Vol. 56, № 1. — P. 19–32. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006>
272. Yehuda R., Daskalakis N.P., Desarnaud F. et al. Epigenetic biomarkers as predictors and correlates of symptom improvement following psychotherapy in combat veterans with PTSD // *Front. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 4. — P. 118. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00118>
273. Young R.S., Gillan E., Dingmann P. et al. Army health care operations in Iraq // *Conn. Med.* — 2008. — Vol. 72, № 1. — P. 13–17.
274. Zaidi L.Y., Foy D.W. Childhood abuse experiences and combat-related PTSD // *J. Trauma. Stress.* — 1994. — Vol. 7, № 1. P. 33–42. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02111910>
275. Zlotnick C., Franklin C.L., Zimmerman M. Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? // *Compr. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 43, № 6. — P. 413–419.
276. Zohar J., Fostick L., Cohen A. et al. & Israeli Consortium on PTSD. Risk factors for the development of posttraumatic stress disorder following combat trauma: a semiprospective study // *J. Clin. Psychiatry.* — 2009. — Vol. 70, № 12. — P. 1629–1635. DOI: <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04378blu>
277. Zohar J., Juven-Wetzler A., Sonnino R. et al. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder // *Dialogues Clin. Neurosci.* — 2011. — Vol. 13, № 3. — P. 301–309. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jzohar>
278. Zoricic Z., Karlovic D., Buljan D., Marusic S. Comorbid alcohol addiction increases aggression level in soldiers with combat-related post-traumatic stress disorder // *Nord J. Psychiatry.* — 2003. — Vol. 57, № 3. — P. 199–202.

Приложение 1. Условия и механизмы развития боевого посттравматического стрессового расстройства



Приложение 2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства, осложненного посттравматического стрессового расстройства, расстройства адаптации и острой реакции на стресс в МКБ-11¹

Посттравматическое стрессовое расстройство (6B40)

Основные (необходимые) признаки:

- Воздействие чрезвычайного или жизнеугрожающего события или ситуации (кратковременной или длительной). Такие события включают (но не ограничиваются ими) непосредственно переживаемые природные или техногенные катастрофы, боевые действия, тяжелые аварии, пытки, сексуальное насилие, терроризм; нападение, жизнеугрожающее заболевание (например, инфаркт миокарда); внезапное, неожиданное или насильственное присутствие при угрозе или причинении увечья другим людям или их смерти; получение известия о внезапной, неожиданной или насильственной смерти любимого человека.
- Развитие после травмирующего события или ситуации характерного синдрома длительностью как минимум несколько недель и состоящего из трех основных элементов:
 - повторное переживание травмирующего события в настоящем времени, при котором оно является не просто отвлеченным воспоминанием, а переживается как происходящее снова здесь и сейчас. Это обычно происходит в форме оживших навязчивых воспоминаний или образов; флешбэков, которые могут различаться от легких (отмечается преходящее ощущение повторения событий снова в настоящем) до тяжелых (отмечается полная утрата осознания реальности), или повторяющихся сновидений или кошмаров, которые по содержанию связаны с травмирующим событием. Повторное переживание обычно сопровождается сильными или всецело охватывающими эмоциями, такими как страх или ужас, и сильными физическими (телесными) ощущениями. Повторное переживание может также включать в себя возникающее в ответ на

¹ *Источник:* МКБ-11. Глава 6. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация. — М.: КДУ; Университетская книга, 2021. — 432 с. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0143. ISBN 978-5-91304-954-4

напоминание о травмирующем событии чувство потрясения или погружения в переживания той же силы, что были испытаны во время травмирующего события. Обдумывание своего поведения в травмирующей ситуации или тревожно-пессимистичные размышления об ее обстоятельствах и припоминание пережитых чувств недостаточно для верификации повторного переживания;

- намеренное избегание напоминаний, которые с вероятностью могут вызвать повторное переживание травмирующего события. Это может принимать форму активного внутреннего избегания соответствующих мыслей и воспоминаний и/или избегания людей, диалогов, активностей или ситуаций, напоминающих о событии. В крайних случаях для избегания напоминаний человек может изменить свое окружение (например, переехать в другой город или поменять работу);
- постоянное чувство текущей повышенной угрозы, на что, например, может указывать сверхбдительность или повышенная пугливость на такие раздражители, как посторонний шум. Сверхбдительные лица постоянно охраняют себя от возможной опасности и чувствуют приближение угрозы для себя или своих родных в каких-то определенных ситуациях либо в большинстве случаев. Они могут вырабатывать новые поведенческие тактики для обеспечения безопасности (например, не сидеть спиной к двери, повторно проверять зеркала заднего вида автомобиля).
- Расстройство приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если внешнее функционирование сохраняется, то лишь благодаря значительным дополнительным усилиям.

Дополнительные признаки:

- Типичные проявления ПТСР могут также включать дисфорию, диссоциативные симптомы, соматические жалобы, суицидальные мысли и поведение, социальное отчуждение, чрезмерное употребление алкоголя или наркотиков для избегания повторного переживания или для того, чтобы справиться с эмоциональными реакциями, симптомы тревоги, включая панику и обсессии или компульсии в ответ на воспоминания или напоминание о травме.

- Эмоциональные переживания лиц с ПТСР обычно включают в себя злость, стыд, печаль, униженность или чувство вины, в том числе комплекс вины выжившего.

Граница с нормой (порог):

- Сам по себе факт воздействия чрезвычайных или жизнеугрожающих событий или ситуаций не указывают на наличие ПТСР. Многие люди переживают такие стрессоры без развития расстройства. Тогда как картина расстройства должна удовлетворять вышеперечисленным диагностическим требованиям.

Далее в данной рубрике МКБ-11 приводятся границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика) и возрастные проявления.

Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41)

Основные (необходимые) признаки:

- Воздействие события или серии событий чрезвычайного угрожающего или ужасающего характера, чаще всего длительных или повторяющихся, которых невозможно избежать. Такие события включают (но не ограничиваются) пытки, пребывание в концентрационных лагерях, рабство, кампании геноцида и другие формы организованного насилия, продолжительное бытовое насилие и повторное сексуальное или физическое надругательство в детстве.
- Развитие вслед за травмирующим событием трех основных элементов ПТСР (продолжительностью не менее нескольких недель):
 - повторное переживание травмирующего события после того, как оно произошло, при этом событие не просто запоминается, а воспринимается как происходящее снова здесь и сейчас. Повторное переживание обычно происходит в форме ярких навязчивых воспоминаний или образов; флешбэков, которые могут варьировать от легкого (есть транзиторное ощущение события, происходящего снова в настоящем) до тяжелого (с полной потерей осознания

реальности), или повторяющихся сновидений или ночных кошмаров, которые тематически связаны с травмирующим событием. Повторное переживание обычно сопровождается сильными или всепоглощающими эмоциями, такими как страх или ужас, и выраженными физическими ощущениями;

- умышленное избегание напоминаний, которые могут привести к повторному переживанию травмирующего события. Это может принимать форму либо активного внутреннего избегания соответствующих мыслей и воспоминаний, либо внешнего избегания людей, разговоров, действий или ситуаций, напоминающих о событии (-ях). В крайних случаях, чтобы избежать напоминаний, человек может изменить свое окружение (например, переехать жить в другое место или сменить место работы);
- постоянное чувство текущей повышенной угрозы, на что, например, может указывать сверхбдительность или повышенная реакция испуга на такие раздражители, как посторонние звуки. Сверхбдительные лица постоянно охраняют себя от возможной опасности и чувствуют близость угрозы для себя или своих родных в определенных ситуациях либо в большинстве случаев. Они могут вырабатывать новые поведенческие тактики для обеспечения безопасности (например, не сидеть спиной к двери, повторно проверять зеркала заднего вида автомобиля). При осложненном ПТСР, в отличие от ПТСР, реакция испуга может в некоторых случаях уменьшаться, а не усиливаться.
- Серьезные и устойчивые проблемы эмоциональной регуляции. Примерами являются повышенная эмоциональная реактивность на незначительные стрессоры, вспышки насилия, безрассудное или саморазрушительное поведение, диссоциативные симптомы в состоянии стресса и эмоциональное онемение, особенно неспособность испытывать удовольствие или положительные эмоции.

- Стойкие представления о себе как об униженном, раздавленном или ничемном, сопровождающиеся глубокими и связанными со стрессовым воздействием всепроникающим чувством стыда, вины или неудачи. Например, человек может чувствовать вину за то, что не смог избежать, или поддался неблагоприятным обстоятельствам, или не смог предотвратить страдания других.
- Постоянные трудности в поддержании отношений и ощущении близости с другими людьми. Человек может постоянно избегать, высмеивать или проявлять лишь небольшой интерес к отношениям и общению в целом. В качестве альтернативы иногда могут вдруг возникать интенсивные отношения, но человеку трудно поддерживать их.
- Расстройство приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, учебной, профессиональной и других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет значительных дополнительных усилий.

Дополнительные признаки:

- Могут присутствовать суицидальные мысли и поведение, злоупотребление ПАВ, выраженная депрессия, психотические эпизоды и соматические жалобы.

Границы с нормой (порог):

- Сам по себе факт воздействия стрессора экстремального и длительного или повторяющегося характера, которого трудно или невозможно избежать, не указывает на наличие осложненного ПТСР. Многие люди попадают под действие таких стрессоров без возникновения каких-либо расстройств. О наличии расстройства можно говорить, лишь если состояние отвечает вышеперечисленным диагностическим требованиям.

Далее в данной рубрике МКБ-11 приводятся границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика) и возрастные проявления.

Расстройство адаптации (6B43)

Основные (необходимые) признаки:

- Деадаптивная реакция на идентифицируемый психосоциальный стрессор или множественные стрессоры (например, одиночное стрессовое событие, продолжающиеся психосоциальные трудности или сочетание стрессовых жизненных ситуаций), которая обычно возникает в течение месяца после воздействия стрессора. Примеры включают развод или потерю отношений, потерю работы, диагноз заболевания, недавнее появление инвалидности и конфликты дома или на работе.
- Реакция на стрессор характеризуется озабоченностью самим стрессовым событием или его последствиями, включая чрезмерное беспокойство, повторяющиеся тревожные мысли о стрессоре или постоянные размышления о его последствиях.
- Симптомы не соответствуют в большей степени другим психическим расстройствам (например, аффективным расстройствам или другим расстройствам, непосредственно связанным со стрессом).
- Как только воздействие стрессора и его последствия заканчиваются, симптомы исчезают в течение 6 месяцев.
- Неспособность адаптироваться к стрессору приводит к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь благодаря значительным дополнительным усилиям.

Дополнительные признаки:

- Проявления озабоченности при любом напоминании о стрессоре (-ах) имеют тенденцию к утяжелению, что приводит к избеганию напоминаний, мыслей, чувств или разговоров, связанных со стрессором (-ами), для предотвращения переживаний или страдания.
- Дополнительные психологические проявления расстройства адаптации могут включать депрессивные или тревожные симптомы, так же как и

импульсивные «экстернализирующие» симптомы, в частности усиление употребления табака, алкоголя или других ПАВ.

- Пациенты с расстройствами адаптации обычно восстанавливаются, когда стрессор исчезает, если оказывается достаточная поддержка, или когда человек разрабатывает дополнительные стратегии преодоления стресса.

Границы с нормой (порог):

- Расстройство адаптации представляет собой дезадаптивную реакцию и неспособность приспособиться к стрессору, что сопровождается значительными переживаниями и приводит к выраженным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Эмоциональные реакции на негативные жизненные события, которые не соответствуют этим требованиям, не должны диагностироваться как расстройство адаптации. Острые реакции на травмирующие события, которые считаются нормальными, учитывая тяжесть стрессора, могут быть диагностированы как острая реакция на стресс.

Далее в данной рубрике МКБ-11 приводятся границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика) и возрастные проявления.

Другое расстройство, непосредственно связанное со стрессом (6B4Y)

Основные (необходимые) признаки:

- Проявления характеризуются связанными со стрессом симптомами, которые имеют общие клинические признаки с другими расстройствами, непосредственно связанными со стрессом (например, возникающими в конкретной связи с идентифицируемым стрессором).
- Симптомы не соответствуют диагностическим требованиям для любого другого расстройства в группе расстройств, непосредственно связанных со стрессом, или для острой реакции на стресс.

- Симптомы не соответствуют в большей степени другим психическим и поведенческим расстройствам (например, аффективным расстройствам или тревожным и связанным со страхом расстройствам).
- Симптомы не являются проявлением другого заболевания и не связаны с воздействием какого-либо вещества или лекарственного средства на центральную нервную систему, включая эффекты отмены.
- Симптомы приводят к значительному дистрессу или к существенным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования. Если функционирование сохраняется, то лишь за счет значительных дополнительных усилий.

Острая реакция на стресс (QE84)*

* Острая реакция на стресс разработчиками классификации не считается психическим или поведенческим расстройством и помещена в главу МКБ-11, где перечислены причины обращений за медицинской помощью, не являющиеся заболеваниями или расстройствами. Здесь эта категория приводится для облегчения проведения дифференциальной диагностики.

Основные (необходимые) признаки:

- Воздействие события или ситуации (кратковременной или продолжительной) чрезвычайного или жизнеугрожающего характера. Такие события включают (но не ограничиваются ими) непосредственно переживаемые природные или техногенные катастрофы, боевые действия, тяжелые аварии, пытки, сексуальное насилие, терроризм; нападение, острое жизнеугрожающее заболевание (например, инфаркт миокарда); неожиданное или насильственное присутствие при угрозе или причинении смерти или увечья другим людям; получение сведений о внезапной, неожиданной или насильственной смерти любимого человека.
- Развитие реакции на стрессор, которая считается нормальной с учетом тяжести стрессора. Реакция на стрессор может включать временные эмоциональные, соматические, когнитивные или поведенческие симптомы,

такие как головокружение, растерянность, грусть, беспокойство, гнев, отчаяние, чрезмерная активность, бездеятельность, социальная отчужденность, амнезия, деперсонализация, дереализация или ступор. Часто отмечаются вегетативные признаки тревоги (например, тахикардия, потливость, гиперемия).

- Симптомы обычно появляются в течение нескольких часов или дней после стрессового события и начинают стихать в течение нескольких дней после события или после выхода из угрожающей ситуации, когда это возможно. В тех случаях, когда стрессор продолжается или выход невозможен, симптомы могут сохраняться, но обычно они значительно уменьшаются в течение примерно 1 месяца, поскольку человек приспосабливается к изменившейся ситуации.

Дополнительные признаки:

- Острая реакция на стресс у лиц, обращающихся за помощью, обычно, но не обязательно сопровождается существенным субъективным дистрессом и/или влиянием на личностное функционирование.

Далее в данной рубрике МКБ-11 приводятся границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальная диагностика) и возрастные проявления.

Приложение 3. Реакции и поведение в условиях боевого стресса*

* Field Manual 4-02.51 (FM 8-51): Combat and operational stress control. Headquarters, Department of the Army. July, 2006.

Адаптивные стрессовые реакции

Сплоченность подразделения:
верность друзьям
лояльность к лидерам
идентификация с традициями
Чувство элитарности
Осознание миссии
Чувство цели
Твердая вера
Боеготовность и бдительность
Сила и выносливость
Толерантность к трудностям и боли
Храбрость
Героизм
Самопожертвование

Реакции боевого стресса

Перевозбуждение
Страх, тревога, паника
Раздражительность, гнев, ярость
Горе, чувство вины
Жалобы на физический стресс
Потеря надежды и веры
Депрессия, бессонница
Утрата боеспособности
Беспорядочные действия
Замирание, неподвижность
Полное истощение, апатия
Потеря памяти
Нарушение речи/немота
Потеря зрения, осязания, слуха
Слабость или паралич
Галлюцинации, бред

Неприемлемое стрессовое поведение

Злоупотребление ПАВ
Безрассудство, недисциплинированность
Самовольные отлучки, дезертирство
Мародерство, грабеж
Использование служебного положения
Убийство животных
Уклонение, симуляция, отказ выполнять приказ
Увечье мертвых врагов
Убийство пленных
Убийство мирных жителей
Пытки, жестокость
Схватки с союзниками
Изнасилование
Членовредительство
Угрозы убийства или убийство командиров («фрэгинг»)

Долговременные реакции на стресс

Навязчивые, болезненные воспоминания («флешбэки»)
Проблемы со сном, плохие сны
Чувство вины за сделанное или не сделанное
Социальная изоляция, замкнутость, отчуждение
Нервозность, реакции испуга, тревога

Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Противоправное поведение
Депрессия
Проблемы с доверием как в интимных, так и в социальных отношениях

Приложение 4. Психические расстройства у участников и ветеранов войн: клинические варианты



Приложение 5. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностические критерии в МКБ-10 (F43.1)

А. Воздействие исключительного душевного или физического стрессора, как короткого, так и длительного.

Б. Персистирующие воспоминания или «оживление» стрессора в ярких навязчивых воспоминаниях, повторяющихся снах либо переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Реальное избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся со стрессором (не наблюдавшиеся до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. Психогенная амнезия (F44.0) либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

2. Персистирующие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости, не наблюдавшиеся до действия стрессора и провоцируемые стимулами, вызывающими воспоминания о травме или о первоначальной реакции на нее. Они могут быть представлены любыми двумя из следующих:

а) затруднение засыпания или нарушения сна,

б) раздражительность или вспышка гнева,

в) затруднения концентрации внимания,

г) повышение уровня бодрствования,

д) неусидчивость и тревожное опасение.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение 6 месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на 6 месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

Приложение 6. Сведения об эффективности и безопасности лекарственных препаратов при терапии боевого посттравматического стрессового расстройства

Класс лекарственных средств	Наименование лекарственного средства: международное, фирменные*	Суточная доза (мг)	Мишени терапии	Побочные явления	Достоверность сведений об эффективности и безопасности**	Примечания
Антиадренергические препараты (агонисты α_2 -адренорецепторов, блокаторы α_1 -адренорецепторов, β -адреноблокаторы)	Клонидин <i>Катапресан</i> <i>Гемитон</i> <i>Клофелин</i>	0,2–0,6	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Гипотензия, толерантность к препарату	ПТСР: С. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: С. Клинические наблюдения	После внедрения новых антидепрессантов и транквилизаторов практически перестали применяться
	Пропранолол <i>Анаприлин</i> <i>Индерал</i> <i>Обзидан</i>	40–160	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Депрессия, психомоторная заторможенность	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	
	Празозин <i>Минипресс</i> <i>Адверзутен</i> <i>Новопразин</i> <i>Пратсиол</i>	0,5–2	Симптомы вторжения, кошмарные сновидения, бессонница	Снижение артериального давления, особенно после первой дозы, учащенное мочеиспускание	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Мало данных. Применять с осторожностью. Требуется дополнительные исследования

Комбинированные блокаторы серотониновых, H ₁ -гистаминовых и мускариновых рецепторов	Ципрогептадин <i>Перитол</i>	8–16	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Седативное действие, отеки, сухость во рту, несовместимость с алкоголем	ПТСР: В. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: В. Клинические наблюдения	Очень мало данных. Применять не рекомендуется
Антиконвульсанты	Карбамазепин <i>Тегретол</i> <i>Зеттол</i> <i>Актинервал</i> <i>Финлепсин</i>	600–1000	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Неврологические нарушения, лейкопения, тромбоцитопения	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Мало данных. Применять с осторожностью
	Вальпроевая кислота <i>Депакин</i> <i>Атилепсин</i> <i>Вальпарин</i> <i>Конвулекс</i> <i>Энкорат</i>	750–1750	Симптомы вторжения, симптомы избегания	Тремор, нарушения деятельности ЖКТ	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	В РКИ не получено данных об эффективности. В наблюдательных исследованиях результаты противоречивые. Применять не рекомендуют
	Топирамат <i>Топамакс</i> <i>Макситотир</i>	50–200	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Депрессия, сонливость или бессонница, головокружение, парестезии, сексуальные дисфункции	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	Данные об эффективности противоречивы. Частота побочных явлений препятствует окончательным выводам. Применять не рекомендуют

	Прегабалин <i>Лирика</i>	150–300	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Головокружение, сонливость, сексуальная дисфункция, риск пристрастия	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	РКИ единичные, данные противоречивы. Требуются дополнительные исследования. Применять с осторожностью
Транквилизаторы — блокаторы серотониновых рецепторов	Буспирон	20–60	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Сонливость, тошнота, раздражительность, головная боль, головокружение	ПТСР: В. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: В. Клинические наблюдения	Очень мало данных. Применять не рекомендуется
Транквилизаторы бензодиазепиновые	Алпразолам <i>Ксанакс</i> <i>Неурол</i> <i>Хелекс</i>	1,5–8	Симптомы возбудимости, тревога, паническое расстройство	Развитие зависимости, седативное действие	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Рандомизированные контролируемые исследования	Применение ограничено по времени в связи с риском развития пристрастия. Малоэффективны в отношении симптомов интрузии, избегания, депрессии. Рекомендуется краткосрочное применение
	Клоназепам <i>Ривотрил</i>	1–4	Симптомы возбудимости, тревога	Развитие зависимости	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	

Трициклические антидепрессанты	Амитриптилин <i>Элавил</i> <i>Саротен</i> <i>Триптизол</i>	50–100	Симптомы интрузии, депрессия, паническое расстройство	Многочисленные холинолитические эффекты, седативное действие	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Стали редко применяться в связи с высокой частотой побочных эффектов. Применять следует с осторожностью
	Имипрамин <i>Тофранил</i> <i>Джасимин</i> <i>Мелипрамин</i>	75–250	Симптомы интрузии, депрессия, паническое расстройство	Многочисленные холинолитические эффекты, седативное действие	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	
Антидепрессанты — активаторы обратного нейронального захвата серотонина	Тианептин <i>Коаксил</i>	37,5	Симптомы вторжения, симптомы повышенной возбудимости	Головная боль, бессонница, тремор, тахикардия, сухость во рту	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Мало данных. Требуются дополнительные исследования.
Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин <i>Золофт</i> <i>Асентра</i> <i>Депрефолт</i> <i>Серената</i> <i>Стимулотон</i> <i>Торин</i>	50–200	Симптомы вторжения, симптомы избегания, симптомы возбудимости, тревога,	Диспепсия, тремор, бессонница, раздражительность, сексуальные дисфункции	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А.	Рекомендуется к применению при ПТСР. Получены данные о меньшей эффективности при лечении боевого ПТСР

			депрессия, соматоформные расстройства, аддиктивные расстройства		Рандомизированные контролируемые исследования	
	Пароксетин <i>Паксил</i> <i>Адепресс</i> <i>Актапароксетин</i> <i>Рексетин</i> <i>Сирестилл</i>	20–60	Симптомы вторжения, симптомы избегания, симптомы возбудимости, тревога, депрессия	Тошнота, запор или диарея, сонливость, тремор, сексуальная дисфункция	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Рекомендуется к применению при ПТСР. Получены данные о меньшей эффективности при лечении боевого ПТСР
	Флуоксетин <i>Прозак</i> <i>Портал</i> <i>Продеп</i>	20–40	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия	Тревога, нарушение сна, анорексия, астения, тошнота и рвота, сексуальная дисфункция	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	Рекомендуется к применению при ПТСР. Получены данные о меньшей эффективности при лечении боевого ПТСР
	Флувоксамин <i>Феварин</i>	100–300	Симптомы вторжения, симптомы избегания, тревога, астения, чувство вины, инсомния	Тошнота, рвота, головная боль, тревога, астения, сердцебиение	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Требуются дополнительные исследования

Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Циталопрам <i>Ципрамил</i> <i>Опра</i> <i>Прам</i> <i>Сиозам</i> <i>Циталорин</i>	20–40	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия, тревога	Сухость во рту, сонливость, тремор, гипергидроз	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Мало данных. Требуется дополнительные исследования
	Эсциталопрам <i>Ципралекс</i>	10–20	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия, тревога	Тошнота, диарея, бессонница, головокружение, сексуальные дисфункции	ПТСР: В. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: Данных нет	Мало данных. Требуется дополнительные исследования
Антидепрессанты — блокаторы постсинаптических серотониновых рецепторов	Тразодон <i>Триттико</i>	25–500	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия, инсомния	Седативное действие	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	Мало данных. Требуется дополнительные исследования. Может быть эффективен в комбинации с СИОЗС
	Нефазодон <i>Нефадар</i>	100–600	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия, инсомния	Седативное действие	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	В нашей стране не применяется
Антидепрессанты — комбинированные блокаторы серотониновых	Миртазапин <i>Ремерон</i> <i>Миртазонал</i>	15–60	Симптомы вторжения, симптомы	Сухость во рту, запор, сонливость,	ПТСР: А. Рандомизированные	Есть данные, что может иметь эффективность,

и адренорецепторов	<i>Мирзатен</i>		повышенной возбудимости, тревога, депрессия	увеличение веса — редко	контролируемые исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	близкую к сертралину. Нужны дополнительные исследования. Рекомендуется как препарат второй линии
Антидепрессанты — ингибиторы МАО (моноаминоксидазы)	Фенелзин <i>Нардил</i>	45–75	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия	Необходима диета, многочисленные побочные эффекты, недопустим прием алкоголя	ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование Боевое ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование	Не применяется в связи с побочными эффектами
	Моклобемид <i>Аурорикс</i>	300–600	Симптомы вторжения, симптомы избегания, депрессия, тревога, паническое расстройство	Головная боль, утомление, бессонница, тошнота, диарея	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Нет данных	Нет данных. Необходимы дополнительные исследования
Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина	Венлафаксин <i>Эффексор</i> <i>Велаксин</i> <i>Велафакс</i> <i>Эфевелон</i>	75–225	Симптомы вторжения, симптомы избегания	Тошнота, сексуальная дисфункция, повышение артериального давления	ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование Боевое ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое	Рекомендуется к применению при ПТСР. Получены данные о меньшей эффективности при лечении боевого ПТСР

					исследование	
Антипсихотики	Клозапин <i>Лепонекс</i> <i>Азалептин</i> <i>Азалепрол</i> <i>Клозастен</i> <i>Клозарил</i>	75–300	Психотические симптомы (галлюцинации, бред), структурные расстройства мышления, повышенная возбудимость, агрессивное поведение	Гиперсаливация, головокружение, увеличение веса	ПТСР: В. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: нет данных	Применялся в отношении пациентов с психозами, переживших травмирующий стресс. Нужны дополнительные исследования
Антипсихотики	Рisperидон <i>Рисполетт</i> <i>Рилептид</i> <i>Рисдонал</i> <i>Сперидан</i> <i>Торендо</i>	0,5–6	Симптомы вторжения, симптомы возбудимости, психотические симптомы	Акатизия, тремор, гиперсаливация, головная боль, эректильная дисфункция, галакторея	ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование Боевое ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование	Получены данные об эффективности кветиапина, оланзапина и рисперидона. Есть противоречивые данные. Показали эффективность при лечении резистентных случаев, а также в составе комбинированной терапии. Могут быть эффективны в комбинации с СИОЗС. Могут быть альтернативой СИОЗС, но требуются дополнительные исследования. Рекомендуется как препарат второй линии
	Оланзапин <i>Зипрекса</i> <i>Заласта</i> <i>Эголанза</i>	5–20	Симптомы вторжения, симптомы возбудимости, психотические симптомы	Сонливость, увеличение веса	ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	
	Кветиапин <i>Сероквель</i> <i>Квентиакс</i>	50–700	Симптомы вторжения, симптомы	Сонливость, головокружение, запор, сухость во	ПТСР: Б. Открытые клинические	

	<i>Кетилепт</i>		возбудимости, инсомния	рту	исследования Боевое ПТСР: А. Рандомизированные контролируемые исследования	
	Зипрасидон <i>Зелдокс</i>	80–120	Симптомы вторжения, симптомы возбудимости	Астения, головная боль, акатизия	ПТСР: В. Клинические наблюдения Боевое ПТСР: В. Клинические наблюдения	Очень мало данных. Требуется дополнительные исследования
	Арипипразол <i>Абилифай</i>	10–30	Симптомы вторжения, симптомы возбудимости, инсомния	Сонливость, астения, нетерпеливость	ПТСР: Б. Открытые клинические исследования Боевое ПТСР: Б. Открытые клинические исследования	
Глюкокортикоиды	Гидрокортизон	20–40 мг в сутки внутри	Профилактика ПТСР, профилактика при контузии	Риск инфекционной болезни в связи со снижением иммунитета	ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование Боевое ПТСР: А. Рандомизированное контролируемое исследование Острое стрессовое расстройство: А. Рандомизированное контролируемое	Рекомендуется к применению при ОСР и ПТСР. Получены данные о хорошем профилактическом эффекте, в том числе у контуженных

					исследование	
--	--	--	--	--	--------------	--

* Первым (вверху) дается международное непатентованное название лекарственного средства, вторым по списку (ниже), как правило, приводится торговое название (бренд) оригинального препарата фирмы-разработчика, следом по алфавиту уменьшенным шрифтом — некоторые торговые названия дженериков, которые производятся другими фирмами после истечения срока патента (наиболее известных фармацевтических фирм и представленные на отечественном рынке).

** Достоверность данных об эффективности и безопасности лекарств оценивалась нами в отношении ПТСР вообще и боевого ПТСР в частности с учетом качества проведенных научных исследований: А (высокая достоверность) — проведены рандомизированные слепые сравнительные плацебо-контролируемые исследования препарата (РКИ) или их метаанализ; Б (относительная достоверность) — проведены открытые клинические сравнительные исследования; В (недостаточная достоверность) — вывод делался на основании отдельных клинических наблюдений или исследований с небольшим числом пациентов.

Приложение 7. Схема лекарственной терапии посттравматического стрессового расстройства

Принятые сокращения

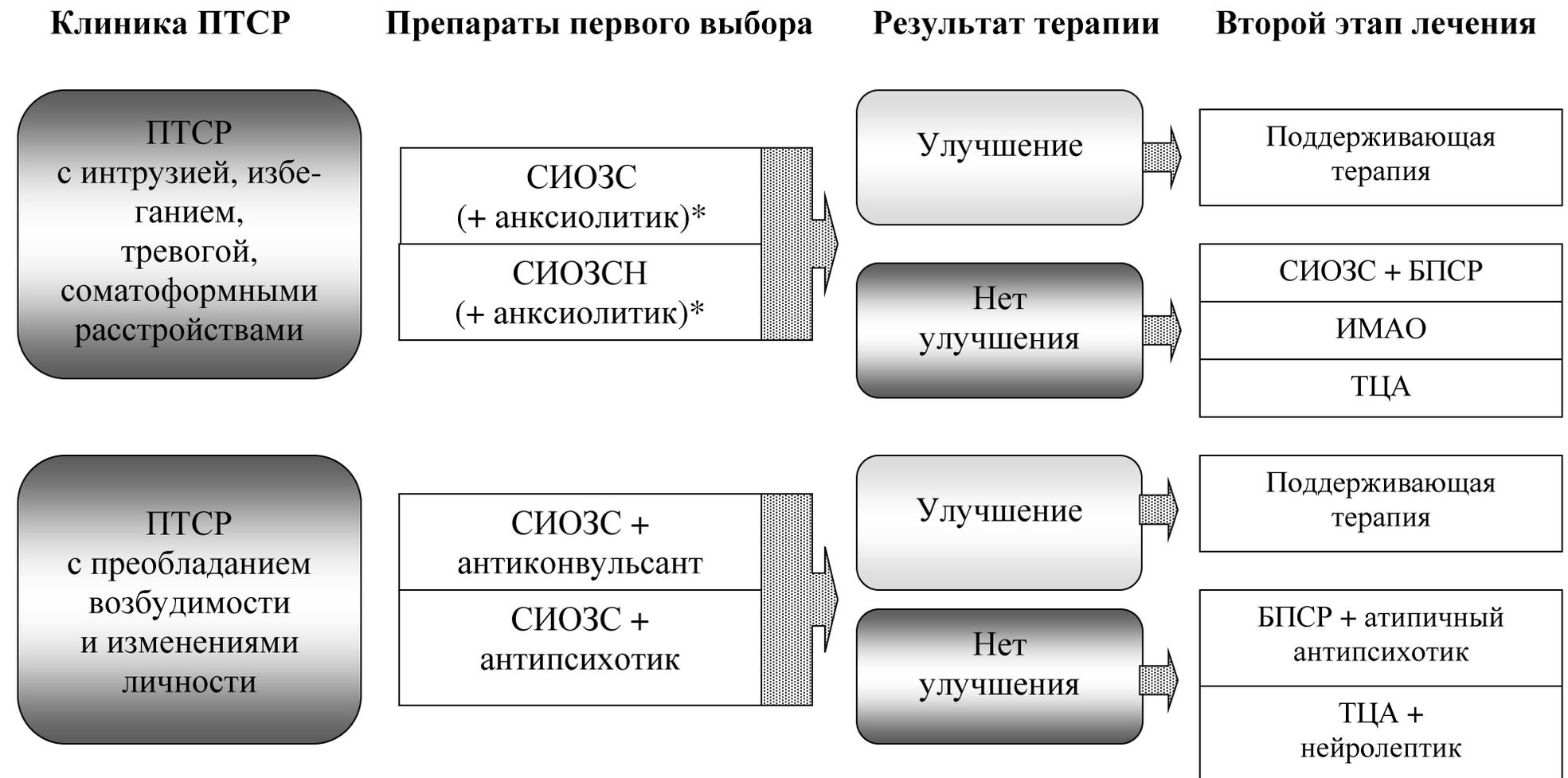
БПСР — антидепрессанты — блокаторы постсинаптических рецепторов

ИМАО — ингибиторы моноаминоксидазы

СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

ТЦА — трициклические антидепрессанты



ПТСР
с депрессией

СИОЗСН (+ анксиолитик)*
БПСР (+ анксиолитик)*

Улучшение

Поддерживающая
терапия

Нет
улучшения

ТЦА
СИОЗСН
ИМАО

ПТСР
с симптомами
органического
поражения ЦНС
(когнитивными
расстройствами)

СИОЗС + ноотропные средства
БПСР + ноотропные средства

Улучшение

Поддерживающая
терапия

Нет
улучшения

СИОЗС + БПСР + ноотропные средства
Атипичный антипсихотик + ноотропные средства

ПТСР
с аддиктивными
расстройствами

СИОЗС
СИОЗС + антиконвульсант

Улучшение

Поддерживающая
терапия

Нет
улучшения

СИОЗС + атипичный антипсихотик
БПСР + атипичный антипсихотик

Приложение 8. Общая характеристика и оценка эффективности основных методов психотерапии при коррекции боевого стресса и лечении посттравматического стрессового расстройства*

Виды психотерапии	Варианты, приемы	Данные об эффективности	Общее содержание рекомендуемого метода психотерапии
Дебрифинг	Дебрифинг или подведение итогов под руководством командира (leader-led after-action debriefing)	Эмпирически обоснована. РКИ не проводилось. Слабая рекомендация в качестве способа немедицинской профилактики	Подведение итогов после боя использует подход реконструкции событий и обсуждение в позитивном ключе с представлением и изложением всего, что произошло. Проявляющиеся при этом эмоции нормализуются, а в случае их неконтролируемости и рискованности или при явном риске формирования чувства вины подключаются специалисты по контролю над боевым стрессом (психологи или психиатры)
	Психологический дебрифинг (дебрифинг стресса критического инцидента — Critical Incident Stress Debriefing)	Применяется непосредственно после травмирующего стресса. Длительное время считался главным средством превенции отсроченных последствий травмирующего стресса. Последние годы получены данные, которые опровергают положительный эффект терапии и признают риск ухудшения. В последних руководствах не рекомендуется	Относится к формам кризисной помощи и направлен на снижение первоначального дистресса и профилактику отсроченных психологических проблем. Должен проводиться в первые часы после психической травмы, позже, например после сна или введения седативных средств, неэффективен и может даже ухудшить состояние. Предлагаются разные его этапы, например: 1) объяснение цели и сути дебрифинга, а также его правил; 2) осуждение травматического события во всех деталях; 3) прояснение связанных с травмой сенсорных впечатлений и мыслей; 4) обсуждение эмоциональных реакций во всех деталях и их когнитивное переструктурирование; 5) нормализация (помощь в принятии собственных реакций) и обучение (описание возможных в будущем

			симптомов и способов совладания); б) планирование будущего с обсуждением копинг-стратегий и мобилизации механизмов внешней поддержки; 7) на контрольном этапе обсуждаются результаты
Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная терапия, КБТ)	Психотерапия, ориентированная на травму (trauma focused cognitive therapy)	Эффективность доказана в РКИ. Рекомендуется к применению	Краткосрочная терапия, направленная на психообразование, переидентификацию мыслей, воспоминаний и эмоций. Включает 8 компонентов, обозначенных акронимом ПРАКТИКА: 1) психообразование (расширение знаний о психическом стрессе), 2) релаксация (освоение навыков расслабления), 3) аффективная регуляция (выражение эмоций и обучение навыкам управления эмоциями), 4) когнитивное совладание (распознавание неадаптивных мыслей, чувств и поведения с заменой их адекватными), 5) травматический нарратив (разработка подробного повествования о травме), 6) <i>in vivo</i> экспозиция (разработка иерархии отрицательных переживаний и страхов с последующей их экспозицией и преодолением), 7) консолидированное общение (о травме и др. важных вопросах), 8) акцентирование безопасности и будущего развития (утверждение практических стратегий, закрепляющих чувство безопасности и доверия)
	Стресс-прививочная терапия (stress inoculation training)	Эффективность доказана в РКИ. Рекомендуется к применению	Краткосрочная терапия заключается в обучении приемам самоконтроля и оптимальному поведению, которые помогают справиться со стрессовыми ситуациями. Включает этапы: 1) разъяснения (уяснение механизмов реакции на стресс, приемов самонаблюдения и распознавания автоматических негативных мыслей и эмоционального напряжения, стратегий решения проблем, освоение самовнушения), 2) формирования новых умений

			(отрабатывание в воображении копинг-навыков), 3) конфронтации (закрепление копинг-навыков тестированием их в индивидуальных и/или групповых упражнениях, а потом — применением в реальных ситуациях, с использованием элементов самовнушения и самоутверждением при выходе из стрессовой ситуации)
Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная терапия, КБТ)	Терапия воспроизведением стрессового события или экспозиционная терапия (exposure therapy)	Эффективность доказана в РКИ. Рекомендуется к применению	Представляет собой тренинг пациента воздействием стимулов, вызывающих усиление симптомов ПТСР, с целью достижения десенсибилизации. Включает наиболее традиционные методы «наводнения» и «систематической десенситизации». Наводнение — после обучения методам релаксации подвергание воздействию воображаемого или моделируемого в реальности инициирующего тревогу стимула с целью преодоления страха. Систематическая десенситизация — после обучения методам релаксации постепенное, последовательное подвергание пациента все более ярким переживаниям, которые ассоциированы с травмой, при этом каждый раз достигается тревога, которую способен преодолеть индивид, чтобы добиться успеха и самоутверждения
	Когнитивно-процессинговая терапия (cognitive processing therapy)	Эффективность доказана в РКИ. РКИ с ветеранами единичные. Рекомендуется к применению	Краткосрочная (обычно состоящая из 12 сеансов) терапия, ставящая целью помочь индивиду понять и переосмыслить травмирующее событие таким образом, чтобы уменьшить его продолжающиеся негативные последствия. В этом контексте основным инструментом является отказ от избегания травмы для изучения и оценки своих эмоций и убеждений, порожденных травмой. Включает этапы: 1) обучения (получение знаний о ПТСР, о связи мыслей и эмоций, научение

			распознавать неадаптивные убеждения), 2) обработка травмы (подробный письменный отчет и/или устное обсуждение посредством сократовского опроса, направленные на достижение нового знания о травме и ее переживании), 3) закрепление адаптивных представлений и копинг-стратегий, максимально фокусирующихся на вопросах безопасности, доверия, контроля, самоуважения и близости
Когнитивно-поведенческая (когнитивно-бихевиоральная терапия, КБТ)	Пролонгированная экспозиционная терапии (prolonged exposure)	Эффективность доказана в РКИ с участием ветеранов. Рекомендуются к применению	Длительная, последовательная и гибкая терапия, направленная на постепенное преодоление неадаптивных эмоций. Включает этапы: 1) воображаемое воздействие — повторяющееся обращение к травматическому воспоминанию с пересказыванием его вслух и обработкой повторного опыта, 2) воздействие <i>in vivo</i> — повторяющаяся конфронтация с ситуациями, которые вызывают дистресс, но по сути не являются опасными. Воздействие <i>in vivo</i> сначала осуществляется с участием терапевта, который вычленяет проблемные воздействия и переживания, выделяет наиболее важные на конкретном этапе и строит программу совладания, которая может выполняться в виде домашнего задания
	Нарративная (повествовательная) экспозиционная терапия (narrative exposure therapy)	Эффективность проверена в наблюдательных исследованиях. РКИ мало или не было. Условно рекомендуется	Создание повествования, возможно письменного отчета, о травмирующих переживаниях с целью переформатирования его понимания и эмоционального сопровождения, признания ценности полученного опыта и возвращения самоуважения. Может быть элементом процессинговой терапии. Включает изучение в позитивном ключе мультиисторичной биографии и т.н. «рисование линии жизни» с условными обозначениями важнейших положительных и отрицательных событий. Последовательно воспроизведенные и

			изученные содержание, нюансы и связанные с ними обстоятельства помогают иначе понять, трактовать, обозначить, а в дальнейшем переживать события, изменить предпочтения и по-новому конструировать линию жизни
	КБТ в интернете	Данные противоречивые или недостаточно убедительные. Требуется дополнительная проверка	Применяется при наличии профессионального фасилитатора и только в качестве альтернативы отсутствию лечения.
Десенсибилизация и переработка движением глаз (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)	—	Эффективность доказана в РКИ. РКИ с ветеранами не проводились. Условно рекомендуется	Жестко структурированный метод терапии, который включает этапы: 1) оценка готовности пациента и возможных помех, определение целей, разработка плана работы с воспоминаниями и выработки навыков совладания, 2) информирование и установка терапевтического альянса, 3) идентификация травмирующего образа и негативного представления, выявление и оценка значимости позитивного представления, распознавание связанных с травмой эмоций и физических ощущений, 4) десенсибилизация — удерживание пациентом воображаемого беспокоящего представления, эмоции и ощущения, в том время как терапевт совершает движения пальцами перед лицом пациента, задавая тем самым направление и темп строго определенных движений глаз пациента (серии по 20 движений). После каждой серии движений проводится релаксация и получается информация о возникающих новых ассоциациях, чувствах и ощущениях, с которыми работают в следующей серии, 5) утверждение позитивного представления —

			проводится после снижения дискомфорта до минимума и представляет собой удержание в воображении позитивного образа с производством очередных серий движений глаз до повышения значимости представления, 6) идентификация физического напряжения и дискомфорта, фиксация на них внимания во время последующих движений глаз, 7) релаксация после каждой сессии, 8) проводимая в следующую встречу переоценка результатов предыдущей сессии
Гипносуггестивная терапия	Директивный, эриксоновский и смешанные варианты	РКИ не проводились. Требуется изучение. Условно рекомендуется в связи с большим опытом применения при других состояниях и эффективностью метода при диссоциативных расстройствах	В утилизации гипнотического транса можно выделить этапы: 1) снижения интенсивности и улучшения самоконтроля, когда гипнотическая техника направлена на достижение релаксации, уменьшения тревоги, улучшения сна, 2) собственно лечения, которое может использовать проекцию эмоционально значимых переживаний вовне (на киноэкран, в облака, на гладь озера), а интенсивность образов трансформировать снижением цвета, звука и скорости; реструктуризировать и разделять проецированные вовне травмирующие воспоминания и действия, направленные на защиту себя и других; временно регрессировать до ранних периодов, предшествующих травме, с целью восстановления диссоциированных воспоминаний; использовать «аффективный мост» для выявления ассоциаций и прояснения причины сохраняющегося до сих пор страха; конденсировать критические аспекты травматического опыта в сжатый образ,

			объединяющий сенсорные и эмоциональные характеристики; управлять концентрацией внимания на травме; изолировать воспоминания, например представляя в транс сейф, в который помещает «все то, что пока лучше не трогать»; 3) стабилизация результатов в том числе с применением ауто sugestии. Многие техники гипноза хорошо сочетаются с систематической десенситизацией
Супружеская и семейная терапия	Системная терапия, исходящая из положения, что пережитая одним или несколькими членами семьи травма и ее последствия влияют на благополучие семьи и взаимоотношения в ней	РКИ не проводились. Требуется изучение при семейных конфликтах у ветеранов с ПТСР. Слабая рекомендация, дана в связи с эффективностью метода при семейных конфликтах	Направлена на расширение возможностей семьи в преодолении трудностей, формирование навыков избегания и разрешения конфликтов. Включает этапы: 1) установление доверия к терапевту и определение его роли как консультанта семьи, 2) идентификация проблем, выяснение обычных в семье способов совладания и преобладающих реакций, 3) усиление внутрисемейной поддержки и формирование навыков коммуникации, 4) обсуждение воспоминаний каждого о травме с переформулированием представлений о травме и изменением реакции семьи, 5) разработка общего повествования о травме и ее последствиях, которую разделяют все члены семьи, и плана, что делать, если конфликты повторятся в будущем
	Терапия пар	РКИ не проводились. Требуется изучение при семейных конфликтах у ветеранов с ПТСР. Слабая рекомендация, дана в связи с эффективностью метода при супружеских дисгармониях	Направлена на разрешение повторяющегося конфликта, взаимосвязанного с травматическими воспоминаниями, и включает: 1) изучение коммуникации в супружеской паре, 2) указание на взаимосвязь интеракций с травматическим опытом ветерана, 3) поощрение ветерана и его супруги на то, чтобы прекратить обвинения друг друга и других людей и начать оказывать поддержку,

			4) выдвижение идей по оптимизации коммуникации и решения проблем
	Поддерживающая терапия, которая направлена на разработку роли партнеров и членов семьи как помощников пережившего травму индивида	РКИ не проводились. Требуется изучение при семейных конфликтах у ветеранов с ПТСР. Слабая рекомендация. Дана в связи с успешным опытом применения в системе психосоциальной терапии и реабилитации при других состояниях	Работа направлена на формирование навыков коммуникации и развитие способностей поддержки у членов семьи пациента, пережившего психическую травму. Включает обсуждение проблемы, психообразование членов семьи (партнеров), обучение их навыкам когнитивного совладания и коммуникации, эффективному использованию стратегий подкрепления позитивного поведения пациентов. В завершение проводится терапия супружеских пар

* Изучение эффективности дебрифинга, разных вариантов КБТ и семейной терапии проводилось с участием и гражданских лиц с симптомами ПТСР, и ветеранов войн, тогда как другие методы психотерапии изучались по большей части у лиц, перенесших психическую травму мирного времени.

Приложение 9. Организация психолого-психиатрической помощи во время и после боевых действий*

Боевые действия (зона боевых действий)

Прагматический подход Сальмона–Гласса (T.W. Salmon, 1919; A.G. Glass, 1954)

Соблюдение основных его принципов:

- *приближенность психиатрической помощи к передовой*
- *безотлагательность и простота лечебных мероприятий*
- *прогностический оптимизм*

Т.е. следует: располагаться вблизи линии фронта, лечить быстро и обращаться с больными как с солдатами, которые вскоре вернутся в строй.

VICEPS (Полевой устав Армии США):

- ✓ **Brief** (*краткая*) — помощь, завершающаяся в пределах 72 часов
- ✓ **Immediate** (*незамедлительная*) — начинающаяся сразу при снижении у солдата бое- способности
- ✓ **Contact** (*контактная*) — использует координацию контактов между солдатом и его подразделением и командирами для ориентации обеих сторон на коммуникацию, осознание взаимной необходимости с целью быстрой реинтеграции
- ✓ **Expectant** (*выжидающая*) — ориентированная на восстановление бое- способности и скорейшее возвращение в строй
- ✓ **Proximal** (*проксимальная*) — оказываемая максимально ближе к подразделению
- ✓ **Simple** (*простая*) — построенная на принципе «здесь и сейчас», предоставляющая главным образом отдых и питание, без замысловатых методов

После боевых действий

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ КУРС

- Выявление анамнестических факторов риска и возможных симптомов стрессовых расстройств и отнесение в таком случае военнослужащего к группе риска ПТСР
- Психообразование военнослужащего и формирование у него ясных представлений о том, как диагностируются и лечатся БСР
- Скорейшая психокоррекция стрессовых расстройств с проведением в максимально ранние сроки КПТ

РЕЕСТР ВЕТЕРАНОВ (единый и ведомственные)

- Динамическое наблюдение за ветераном начинается сразу после возвращения и продолжается ближайшие 3–5 лет
- Выделение и динамическое пополнение группы риска (военный анамнез: РБС на войне, плен, тяжелые ранения, увечья, контузии, длительное участие, ПТСР и др.)

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ЦЕНТРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ (общие или ведомственные)

- Наблюдение ветеранов из группы риска начинается сразу после возвращения и продолжается от 1 года до 3–5 лет
- Социальная поддержка и помощь: льготная ипотека, образование и переподготовка, профреабилитация в системе силовых ведомств, МСЭ, помощь общественных организаций и волонтеров
- Психотерапия и психофармакотерапия ПТСР или других псих. расстройств
- Медицинская помощь, в т.ч. лечение последствий ранений и травм

* В действительности ни один из этих уже применяющихся за рубежом алгоритмов и разработанных схем у нас не реализуется по причине отсутствия необходимых сил и средств.

Приложение 10. Коррекция боевого стресса и предупреждение его последствий в войсковом звене медицинской помощи (при отсутствии ранений, физических травм, болезней)



Приложение 11. Методики количественной оценки тяжести травмирующего стресса и выраженности симптомов стрессовых расстройств

«Шкала для клинической диагностики посттравматического стрессового расстройства»¹

«Шкала для клинической диагностики посттравматического стрессового расстройства» (Clinical-administered PTSD Scale, CAPS) разработана в двух вариантах (Weathers F.W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993). Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель. Применение методики не только дает возможность оценить по пятибалльной шкале каждый симптом с точки зрения частоты и интенсивности проявления, но и определить достоверность полученной информации.

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к «Структурированному клиническому интервью» (СКИД) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Ее используют, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers F.W., Litz B.T., 1994; Blake D.D., 1995).

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Если возможно, желательно использовать шкалу CAPS-1 в комплексе с прочими методами диагностики (самооценочными, поведенческими, физиологическими). Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома — 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Формулировки ключевых моментов шкал могут быть зачитаны пациенту (при определении как частоты, так и интенсивности симптома). Это позволит получить максимально корректные оценки. Оценка частоты >1 и оценка интенсивности >2, отражая реальные проблемы, связанные с данным симптомом, могут служить основанием для заключения о его наличии. Важно подчеркнуть, что критерии С, D и E требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен уточнить, что у пациента манифестация симптомов С, D и E произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период. CAPS-1 был переведен в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии РАН, он применялся в комплексном исследовании ПТСР на разном контингенте, полученные данные приводятся ниже (Тарабрина Н.В. и др., 1995, 1996).

¹ *Источник:* Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

БЛАНК МЕТОДИКИ

Пациент _____

Дата _____

Интервьюер _____

А. ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ _____

В. ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕЕСЯ ПЕРЕЖИВАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СОБЫТИЯ

(1) Повторяющиеся навязчивые воспоминания о событии, вызывающие дистресс

Частота

Случалось ли так, что вы непроизвольно, без всякого повода, вспоминали об этих событиях? Было ли это только во сне? (Исключить, если воспоминания появлялись только во сне.) Как часто это происходило в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько сильны были переживания, вызванные этими воспоминаниями? Были ли вы вынуждены прерывать дела, которыми в этот момент занимались? В состоянии ли вы, если постараетесь, преодолеть эти воспоминания, избавиться от них?

- 0 — отсутствие дистресса
- 1 — низкая интенсивность симптома: минимальный дистресс
- 2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует
- 3 — высокая интенсивность: существенный дистресс, явные срывы в деятельности и трудности в преодолении возникших воспоминаний о событии
- 4 — очень высокая интенсивность: тяжелый, непереносимый дистресс, неспособность продолжать деятельность и невозможность избавиться от воспоминаний о событии

(2) Интенсивные, тяжелые переживания при обстоятельствах, символизирующих или напоминающих различные аспекты травматического события, включая годовщины травмы

Частота

Были ли у вас случаи, когда вы видели что-то, напомнившее об этих событиях, и вам становилось тяжело и грустно, вы расстраивались? (Например: определенный тип мужчин — для жертв изнасилования, цепочка деревьев или лесистая местность — для ветеранов войны.) Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько вы были взволнованы и расстроены, насколько сильны были переживания?

0 — нисколько

1 — слабая интенсивность симптома: минимальный дистресс

2 — умеренная интенсивность: дистресс отчетливо присутствует, но еще контролируется

3 — высокая интенсивность: значительный дистресс

4 — очень высокая интенсивность: непереносимый дистресс

(3) Ощущение, как будто травматическое событие происходило снова, или соответствующие внезапные действия, включая ощущение оживших переживаний, иллюзии, галлюцинации, диссоциативные эпизоды (флешбэк-эффекты), даже те, которые появляются в просоночном состоянии

Частота

Приходилось ли вам когда-нибудь внезапно совершать какое-либо действие или чувствовать себя так, как будто бы то событие (-я) происходит (-ят) снова? Как часто это с вами случилось в течение последнего месяца?

0 — никогда

1 — один или два раза

2 — один или два раза в неделю

3 — несколько раз в неделю

4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый тяжелый, насколько реальным было это ощущение? Насколько сильно вам казалось, что то событие (-я) происходило снова? Как долго это продолжалось? Что вы делали при этом?

0 — никогда такого не было

1 — слабая интенсивность симптома: ощущение чуть большей реалистичности происходящего, чем при простом размышлении о нем

2 — умеренная интенсивность: ощущения определенные, но передающие диссоциативное качество, однако при этом сохраняется тесная связь с окружающим, ощущения похожи на грезы наяву

3 — высокая интенсивность: в сильной степени диссоциативные ощущения — пациент рассказывает об образах, звуках, запахах, но все еще сохраняется некоторая связь с окружающим миром

4 — очень высокая интенсивность: ощущения полностью диссоциативны — флешбэк-эффект, полное отсутствие связи с окружающей реальностью, возможна амнезия данного эпизода — «затмение», провал в памяти

(4) Повторяющиеся сны о событии, вызывающие тяжелые переживания (дистресс)

Частота

Были ли у вас когда-нибудь неприятные сны о том событии? Как часто это с вами случилось в течение последнего месяца?

0 — никогда

1 — один или два раза

2 — один или два раза в неделю

3 — несколько раз в неделю

4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Если из этих случаев взять самый худший, как сильны были те неприятные, тяжелые переживания и чувство дискомфорта, которые вызывали у вас эти сны? Вы просыпались от этих снов? (Если да, спросите: «Что вы чувствовали или делали, когда просыпались? Через сколько времени вы обычно засыпали?» Выслушайте рассказ и отметьте симптомы паники, громкие крики, положения тела.)

0 — отсутствовали

1 — слабо выраженная интенсивность симптома: минимальный дистресс не вызывал пробуждения

2 — умеренная интенсивность: просыпается, испытывая дистресс, но легко засыпает снова

3 — высокая интенсивность: очень тяжелый дистресс, затруднено повторное засыпание

4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый дистресс, невозможность заснуть снова

С. УСТОЙЧИВОЕ ИЗБЕГАНИЕ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ, АССОЦИИРУЮЩИХСЯ С ТРАВМОЙ, ИЛИ «БЛОКАДА» ОБЩЕЙ СПОСОБНОСТИ К РЕАГИРОВАНИЮ (*numbing* — «оцепенение») (симптомы **не** наблюдались до травмы)

(5) Усилия, направленные на то, чтобы избежать мыслей или чувств, ассоциирующихся с травмой

Частота

Пытались ли вы отгонять мысли о событии (-ях)? Прилагали ли вы усилия, чтобы избежать ощущений, связанных с событием (-ями) (например, чувств гнева, печали, вины)? Как часто это с вами случалось в течение последнего месяца?

0 — никогда

1 — один или два раза

2 — один или два раза в неделю

3 — несколько раз в неделю

4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали, чтобы не думать о том событии (-ях), чтобы не испытывать чувств, имеющих к нему (ним) отношение? (Дайте оценку всех попыток сознательного избегания, включая отвлечение, подавление и снижение возбужденности с помощью алкоголя или наркотиков.)

0 — никакого усилия

1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие

2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть

3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть

4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(6) Усилия, направленные на то, чтобы избегать действий или ситуаций, которые вызывают воспоминания о травме

Частота

Пытались ли вы когда-либо избегать каких-либо действий или ситуаций, которые напоминали бы вам о событии (-ях)?

0 — никогда

1 — один или два раза

- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вы прилагали для того, чтобы избежать каких-то действий или ситуаций, связанных с событием (-ями)? (Дайте оценку всех попыток поведенческого избегания; например, ветераны войны, избегающие участия в ветеранских мероприятиях, просмотрах военных фильмов и проч.)

- 0 — никакого усилия
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальное усилие
- 2 — умеренная интенсивность: некоторое усилие, избегание определенно есть
- 3 — высокая интенсивность: значительное усилие, избегание безусловно есть
- 4 — очень высокая интенсивность: отчетливо выраженные попытки избегания

(7) Неспособность вспомнить важные аспекты травмы (психогенная амнезия)

Частота

Случалось ли так, что вы не могли вспомнить важные обстоятельства происшедшего с вами события (-ий) (например, имена, лица, последовательность событий)? Много ли из того, что имело отношение к происшедшему, вам было трудно вспомнить в прошедшем месяце?

- 0 — ничего, ясная память о событии в целом
- 1 — некоторые обстоятельства события (-ий) было невозможно вспомнить (менее чем 10%)
- 2 — ряд обстоятельств события (-й) было невозможно вспомнить (20–30%)
- 3 — большую часть обстоятельств события (-й) было невозможно вспомнить (50–60%)
- 4 — почти совсем невозможно было вспомнить событие (-ие) (более чем 80%)

Интенсивность

Как велики были усилия, которые вам понадобилось приложить, чтобы вспомнить о важных обстоятельствах того, что произошло с вами?

- 0 — какие-либо затруднения при воспоминании о событиях отсутствовали
- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 2 — умеренная интенсивность: определенные затруднения, однако при сосредоточении сохраняется способность к воспроизведению события в памяти
- 3 — высокая интенсивность: несомненные затруднения при воспроизведении обстоятельств события
- 4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность вспомнить о событии (-ях)

(8) Заметная утрата интереса к любимым занятиям

Частота

Чувствуете ли вы, что потеряли интерес к занятиям, которые были для вас важными или приятными, например спорту, увлечениям, общению? Если сравнить с тем, что было до происшедшего, сколько видов занятий перестали вас интересовать за прошедший месяц?

- 0 — потери интереса вообще не было
- 1 — потеря интереса к отдельным занятиям (менее чем 10%)
- 2 — потеря интереса к нескольким занятиям (20–30%)

3 — потеря интереса к большому числу занятий (50–60%)

4 — потеря интереса почти ко всему (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько глубока или сильна была утрата интереса к этим занятиям?

0 — вообще не было потери интереса

1 — слабая интенсивность симптома: только незначительная потеря интереса, не исключающая получения удовольствия в процессе занятий, если они все-таки начались

2 — умеренная интенсивность: безусловная потеря интереса, но все-таки сохраняется некоторое чувство удовольствия от занятия (-й)

3 — высокая интенсивность: очень значительная потеря интереса к занятиям

4 — очень высокая интенсивность: полная потеря интереса, не вовлекается ни в какую деятельность

(9) Чувство отстраненности или отчужденности от окружающих

Частота

Не было ли у вас чувства отдаленности или потери связи с окружающими? Отличалось ли это состояние от того, что вы чувствовали перед тем, как произошло это событие (-я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 — такого вообще не было

1 — редко (менее 10% времени)

2 — иногда (20–30%)

3 — часто (50–60%)

4 — почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильно было ваше чувство отстраненности или отсутствия связи с окружающими? Кто все-таки оставался вам близок?

0 — отсутствуют подобные чувства

1 — слабая интенсивность симптома: эпизодически чувствует себя «идущим, не в ногу» с окружающими

2 — умеренная интенсивность: определенное наличие чувства отдаленности, но сохраняются какие-то межличностные связи и чувство принадлежности к окружающему миру

3 — высокая интенсивность: значительное чувство отстраненности или отчужденности от большинства людей, сохраняется способность взаимодействия только с одним человеком

4 — очень высокая интенсивность: чувствует себя полностью оторванным от других людей, близкие отношения не поддерживает ни с кем

(10) Сниженный уровень аффекта, например неспособность испытывать чувство любви

Частота

Были ли у вас такие периоды, когда вы были «бесчувственны» (вам было трудно испытывать такие чувства, как любовь или счастье)? Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие (-я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

0 — такого вообще не было

1 — редко (менее 10% времени)

- 2 — иногда (20–30%)
- 3 — часто (50–60%)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным у вас было ощущение «бесчувственности»? (В оценку этого пункта включите наблюдения за уровнем аффективности во время интервью.)

- 0 — ощущения бесчувственности нет
- 1 — слабая интенсивность симптома: такое ощущение имеется, но незначительное
- 2 — умеренная интенсивность: явное ощущение бесчувственности, но способность испытывать эмоции все-таки сохранена
- 3 — высокая интенсивность: значительное ощущение бесчувственности по отношению по крайней мере к двум основным эмоциям — любви и счастью
- 4 — очень высокая интенсивность: ощущает полное отсутствие эмоций

(11) Ощущение отсутствия перспектив на будущее, например не ожидает продвижения по службе, женитьбы, рождения детей, долгой жизни

Частота

Было ли когда-нибудь, что вы чувствовали отсутствие необходимости строить планы на будущее, что почему-либо у вас «нет завтрашнего дня»? (Если да, уточните наличие реального риска, например опасных для жизни медицинских диагнозов.) Отличалось ли это состояние от того, как вы себя чувствовали перед тем, как произошло это событие (-я)? Как часто вы чувствовали себя так в течение последнего месяца?

- 0 — такого вообще не было
- 1 — редко (менее 10% времени)
- 2 — иногда (20–30%)
- 3 — часто (50–60%)
- 4 — почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильным было чувство, что у вас не будет будущего? Как вы думаете; как долго вы будете жить? Какие основания у вас предполагать, что вы умрете преждевременно?

- 0 — ощущения сокращенного будущего нет
- 1 — слабая интенсивность симптома: незначительные ощущения по поводу сокращенности жизненной перспективы
- 2 — умеренная интенсивность симптома: определенно присутствует ощущение сокращенной жизненной перспективы
- 3 — высокая интенсивность симптома: значительно выражены ощущения сокращенной жизненной перспективы, могут иметь место определенные предчувствия о продолжительности жизни
- 4 — очень высокая интенсивность симптома: всепоглощающее чувство сокращенной жизненной перспективы, под-ная убежденность в преждевременной смерти

D. УСТОЙЧИВЫЕ СИМПТОМЫ ПОВЫШЕННОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (не наблюдались до травмы)

(12) Трудности с засыпанием или с сохранением нормального сна

Частота

Были ли у вас какие-либо проблемы с засыпанием или с тем, чтобы спать нормально? Отличается ли это от того, как вы спали перед событием (-ями)? Как часто у вас были трудности со сном в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — каждую ночь (или почти каждую)

Трудности с засыпанием?

Да Нет

Пробуждения среди сна?

Да Нет

Очень ранние пробуждения?

Да Нет

Количество часов сна (без пробуждений) за ночь _____

Желательное количество часов сна для обследуемого _____

Интенсивность

(Задайте уточняющие вопросы и оцените все перечисленные нарушения сна.) Как много времени надо вам, чтобы заснуть? Как часто вы просыпаетесь среди ночи? Сколько часов подряд, не просыпаясь, вы спите каждую ночь?

- 0 — нет проблем со сном
- 1 — слабая интенсивность симптома: несколько затруднено засыпание, некоторые трудности с сохранением сна (потеря сна до 30 минут)
- 2 — умеренная интенсивность: определенное нарушение сна — ясно выраженная увеличенная продолжительность периода засыпания или трудности с сохранением сна (потеря сна — 30–90 минут)
- 3 — высокая интенсивность: значительное удлинение времени засыпания или большие трудности с сохранением сна (потеря сна — 90 минут — 3 часа)
- 4 — очень высокая интенсивность: очень длительный латентный период сна, непреодолимые трудности с сохранением сна (потеря сна более 3 часов)

(13) Раздражительность или приступы гнева

Частота

Были ли такие периоды, когда вы чувствовали, что необычно раздражительны или проявляли чувство гнева и вели себя агрессивно? Отличается ли это состояние от того, как вы себя чувствовали или как действовали до событий (-я)? Как часто вы испытывали подобные чувства или вели себя подобным образом в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

Насколько сильный гнев вы испытывали и каким образом вы его выражали?

0 — не было ни раздражительности, ни гнева

1 — слабая интенсивность симптома: минимальная раздражительность, в гневе — повышение голоса

2 — умеренная интенсивность: явное наличие раздражительности, в гневе с легкостью начинает спорить, но быстро остывает

3 — высокая интенсивность: значительная раздражительность, в гневе — речевая или поведенческая агрессивность

4 — очень высокая интенсивность: непреодолимый гнев, сопровождаемый эпизодами физического насилия

(14) Трудности с концентрацией внимания

Частота

Не казалось ли вам трудным сосредоточиться на каком-то занятии или на чем-то, что окружало вас? Изменилась ли ваша способность к сосредоточению с тех пор, как случилось это событие (-я)? Как часто у вас наблюдались затруднения с сосредоточением внимания в течение прошлого месяца?

0 — вообще не было

1 — очень редко (менее 10% времени)

2 — иногда (20–30% времени)

3 — большую часть времени (50–60%)

4 — почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

Насколько трудно для вас было сосредоточиться на чем-либо? (При оценке этого пункта учтите свои наблюдения в процессе интервью.)

0 — никакой проблемы не было

1 — слабая интенсивность: для сосредоточения требовались незначительные усилия

2 — умеренная интенсивность: определенная потеря способности к сосредоточению, но при усилии может сосредоточиться

3 — высокая интенсивность: значительное ухудшение функции, даже при особых усилиях

4 — очень высокая интенсивность: полная неспособность к сосредоточению и концентрации внимания

(15) Повышенная настороженность (бдительность)

Частота

Приходилось ли вам быть как-то особенно настороженным или бдительным даже тогда, когда для этого не было очевидной необходимости? Отличалось ли это от того, как вы себя чувствовали перед событием (-ями)? Как часто в прошлом месяце вы были насторожены или бдительны?

0 — вообще не было

1 — очень редко (менее 10% времени)

2 — иногда (20–30% времени)

3 — большую часть времени (50–60%)

4 — почти всегда или постоянно (более чем 80%)

Интенсивность

Как велики усилия, которые вы прилагаете, чтобы знать обо всем, что происходит вокруг вас? (При оценке этого пункта используйте свои наблюдения, полученные в ходе интервью.)

0 — симптом отсутствует

1 — слабая интенсивность симптома: минимальные проявления гипербдительности, незначительно повышенное любопытство

2 — умеренная интенсивность: определено имеется гипербдительность, настороженность в общественных местах (например, выбор безопасного места в ресторане или кинотеатре)

3 — высокая интенсивность: значительные проявления гипербдительности, субъект очень насторожен, постоянное наблюдение за окружающими в поисках опасности, преувеличенное беспокойство о собственной безопасности (а также своей семьи и дома)

4 — очень высокая интенсивность: гипертрофированная бдительность, усилия по обеспечению безопасности требуют значительных затрат времени и энергии и могут включать активные действия по проверке ее наличия; в процессе беседы — значительная настороженность

(16) Преувеличенная реакция испуга («стартовая» реакция на внезапный стимул)

Частота

Испытывали ли вы сильную реакцию испуга на громкие неожиданные звуки (например, на автомобильные выхлопы, пиротехнические эффекты, стук захлопнувшейся двери и т.п.) или на что-то, что вы вдруг увидели (например, движение, замеченное на периферии вашего поля зрения — «углом глаза»)? Отличается ли это от того, как вы себя чувствовали до события (-ий)?

0 — никогда

1 — один или два раза

2 — один или два раза в неделю

3 — несколько раз в неделю

4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае насколько сильной была эта реакция испуга?

0 — симптом отсутствовал: реакции испуга не было

1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция испуга

2 — умеренная интенсивность: определенная реакция испуга на внезапный раздражитель, подпрыгивание

3 — высокая интенсивность: значительная реакция испуга, сохранение возбуждения после первичной реакции

4 — очень высокая интенсивность: крайне выраженная реакция испуга, явное защитное поведение (например, ветеран войны, который «падает лицом в грязь»)

(17) Физиологическая реактивность при воздействии обстоятельств, напоминающих или символизирующих различные аспекты травматического события

Частота

Приходилось ли вам отмечать у себя наличие определенных физиологических реакций, когда вы сталкивались с ситуациями, напоминающими вам о событии (-ях)? (Выслушайте сообщение о таких симптомах, как учащенное сердцебиение, мышечное напряжение, дрожь

в руках, потливость, но не задавайте испытуемому наводящих вопросов о симптомах.) Как часто они наблюдались в прошлом месяце?

- 0 — никогда
- 1 — один или два раза
- 2 — один или два раза в неделю
- 3 — несколько раз в неделю
- 4 — ежедневно или почти каждый день

Интенсивность

В самом худшем случае как сильны были эти физиологические реакции?

- 0 — симптом отсутствует
- 1 — слабая интенсивность симптома: минимальная реакция
- 2 — умеренная интенсивность: явное наличие физиологической реакции, некоторый дискомфорт
- 3 — высокая интенсивность: интенсивная физиологическая реакция, сильный дискомфорт
- 4 — очень высокая интенсивность: драматическая физиологическая реакция, сохранение последующего возбуждения

Был ли какой-либо период после травмы, когда симптомы, о которых я только что вас спрашивал, беспокоили вас значительно больше, чем в течение последнего месяца?

Да Нет

Этот период (или эти периоды) продолжался не менее одного месяца?

Да Нет

Примерно когда этот период (эти периоды) начался и закончился?

Средние значения показателей CAPS (Тарабрина, 2001)

Обследованные группы	F	I	T
Беженцы (норма)	9,53 ± 8,23	9,15 ± 6,95	18,68 ± 14,95
Беженцы (ПТСР)	30,00 ± 9,71	31,29 ± 9,41	61,29 ± 18,79
Ликвидаторы (норма)	11,36 ± 9,83	11,42 ± 9,50	22,77 ± 19,20
Ликвидаторы (ПТСР)	23,07 ± 7,78	23,82 ± 8,75	46,89 ± 16,29
Ветераны Афганистана (норма)	6,60 ± 6,11	7,51 ± 6,80	14,12 ± 12,78
Ветераны Афганистана (ПТСР)	27,41 ± 8,52	29,88 ± 7,78	57,29 ± 15,51

F — частота симптомов; I — интенсивность симптомов; T — общий балл.

«Шкала оценки интенсивности боевого опыта Т. Кина»¹

«Шкала оценки интенсивности боевого опыта Т. Кина» (Combat Exposure Scale, CES) (Т.М. Keane, J.A. Fairbank, J.M. Caddell, R.T. Zimmering, K.L. Taylor, С.А. Mora) предназначена для оценки количественных параметров частоты и продолжительности участия военнослужащих в различных экстремальных ситуациях в условиях боевых действий. Для оценки влияния интенсивности боевого опыта на психологическое состояние участников военных

¹ *Источник:* Посттравматическое стрессовое расстройство / Под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 624 с.

конфликтов рекомендуется использовать эту методику совместно с другими методиками, такими как «Шкала для клинической диагностики посттравматического стрессового расстройства» (Clinical-administered PTSD Scale, CAPS) (Weathers F.W. et al., 1992; Weathers F.W., 1993), «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций» (военный вариант), «Шкала оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R, IES-R) и др.

Методика включает 7 вопросов, касающихся характера и длительности пребывания испытуемого в условиях боевого опыта. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от 0 до 3 или от 0 до 4. Испытуемый выбирает на этой шкале позицию, максимально приближающуюся к описанию его военного опыта. Числа, соответствующие выбранным испытуемым позициям, складываются. Более высокие показатели соответствуют большей вероятности наличия у испытуемого травматического опыта.

БЛАНК МЕТОДИКИ

Ф. И. О. _____

Дата _____

Инструкция. Эти вопросы касаются характера и длительности вашего пребывания в условиях военных действий (если такое с вами происходило), включая все события, имевшие место на земле, в воздухе или на море. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от 0 до 3 (или от 0 до 4). Выберите на этой шкале позицию, которая максимально приближается к описанию вашего военного опыта, и обведите цифру в соответствии с вашим выбором. Любые неясности относительно вопросов вы можете прояснить с психологом, который берет у вас интервью.

Балл	0	1	2	3	4
1. Сколько раз вы ходили в военный дозор, принимали участие в десантной операции или выполняли другое задание в условиях повышенной опасности?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более 50 раз
2. Сколько месяцев вы находились в зоне обстрела со стороны противника?	Ни разу	Менее 1 месяца	1–3 месяца	4–6 месяцев	Более чем 6 месяцев
3. Как часто вы находились в окружении врага?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	Более 12 раз	–
4. Сколько человек в вашем подразделении было убито, ранено или пропало без вести во время военных действий?	Ни одного	1–25%	26– 50%	Более чем 50%	–
5. Сколько раз вы участвовали в обстреле противника?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более 50 раз
6. Сколько раз вы наблюдали, как кто-то был убит или ранен в ходе боевых действий?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более 50 раз
7. Сколько раз вы подвергались опасности быть убитым или раненым (пулями, снарядами, холодным оружием), попадали в засаду, в другие очень опасные ситуации?	Ни разу	1–2 раза	3–12 раз	13–50 раз	Более 50 раз

«Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант)»

Ф. И. О. _____ Дата «___» _____ 202 г.

Инструкция. Ниже приводятся утверждения, в которых обобщен разнообразный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. Под каждым утверждением дается шкала от 1 до 5. Обведите кружком выбранный вами номер ответа, лучше всего описывающий ваши чувства. Если у вас возникнут вопросы, обратитесь за разъяснением к экспериментатору.

1. До службы в армии у меня было больше близких друзей, чем сейчас.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
2. У меня нет чувства вины за все то, что я делал во время службы в армии.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
3. Если кто-то выведет меня из терпения, то, вероятнее всего, я не сдержусь (применю физическую силу).
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
4. Если случается что-то, напоминающее мне о войне, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
5. Люди, которые очень хорошо меня знают, боятся меня.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
6. Я способен вступать в эмоционально-близкие отношения с другими людьми.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я сделал в армии, мне просто не хочется жить.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
9. Внешне я выгляжу бесчувственным.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
10. Последнее время я чувствую, что хочу покончить с собой.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5

11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда нужно вставать.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
12. Я все время задаю себе вопрос, почему я остался жив, в то время как другие погибли на войне.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
13. В определенных ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не спать.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
15. Я чувствую, что больше не могу.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слезы, меня не трогают.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
17. Меня по-прежнему радуют те же вещи, что и раньше.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
19. Я обнаружил, что мне трудно работать после демобилизации.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
20. Мне трудно сосредоточиться.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
21. Я беспричинно плачу.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
22. Мне нравится быть в обществе других людей.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
23. Меня пугают мои стремления и желания.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
24. Я легко засыпаю.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
25. От неожиданного шума я сильно вздрагиваю.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5

26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я чувствую.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
27. Я легкий, спокойный, уравновешенный человек.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я никогда не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
29. Временами я употребляю алкоголь (наркотики или снотворное), чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случались, когда я служил в армии.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
32. Я боюсь засыпать.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии.
никогда — 1, редко — 2, иногда — 3, часто — 4, всегда — 5
34. Моя память так же хороша, как и раньше.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям.
совершенно неверно — 1, отчасти верно — 2, до некоторой степени верно — 3, совершенно верно — 4, верно — 5

Ключ к обработке результатов исследования

Сумма баллов по пунктам с прямой шкалой (Σ_1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35.

Сумма баллов по пунктам с обратной шкалой (Σ_2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Общий балл: $\Sigma_1 + \Sigma_2$.

«Шкала оценки влияния травматического события»

Имя _____

Образование _____

Семейное положение _____ Возраст _____

Инструкция. Ниже приведены описания переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации. Оцените, в какой степени вы испытывали такие чувства по поводу подобной ситуации, когда-то пережитой вами. Для этого выберите и обведите кружком цифру, соответствующую тому, как часто вы испытывали подобное переживание в течение *последних 7 дней, включая сегодняшний*.

1. Любое напоминание об этом событии (ситуации) заставляло меня заново переживать все случившееся.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

2. Я не мог спокойно спать по ночам.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

3. Некоторые вещи заставляли меня все время думать о том, что со мной случилось.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

4. Я чувствовал постоянное раздражение и гнев.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

5. Я не позволял себе расстраиваться, когда я думал об этом событии или что-то напоминало мне о нем.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

6. Я думал о случившемся против своей воли.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

7. Мне казалось, что всего случившегося со мной как будто не было на самом деле или все, что тогда происходило, было нереальным.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

8. Я старался избегать всего, что могло бы мне напомнить о случившемся.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

9. Отдельные картины случившегося внезапно возникали в сознании.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

10. Я был все время напряжен и сильно вздрагивал, если что-то внезапно пугало меня.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

11. Я старался не думать о случившемся.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

12. Я понимал, что меня до сих пор буквально переполняют тяжелые переживания по поводу того, что случилось, но ничего не делал, чтобы их избежать.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

13. Я чувствовал что-то вроде оцепенения, и все мои переживания по поводу случившегося были как будто парализованы.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

14. Я вдруг замечал, что действую или чувствую себя так, как будто бы все еще нахожусь в той ситуации.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

15. Мне было трудно заснуть.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

16. Меня буквально захлестывали непереносимо тяжелые переживания, связанные с той ситуацией.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

17. Я старался вытеснить случившееся из памяти.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

18. Мне было трудно сосредоточить внимание на чем-либо.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

19. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал неприятные физические ощущения — потел, дыхание сбивалось, начинало тошнить, учащался пульс и т.п.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

20. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

21. Я был постоянно насторожен и все время ожидал, что случится что-то плохое.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

22. Я старался ни с кем не говорить о случившемся.

никогда — 0, редко — 1, иногда — 3, часто — 5

Ключи к обработке

Субшкала «вторжение»: сумма баллов пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «избегание»: сумма баллов пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «физиологическая возбудимость»: сумма баллов пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

«Опросник перитравматической диссоциации»¹

«Опросник перитравматической диссоциации» (ОПД) разработан в 1998 г. и включает 9 вопросов, которые касаются переживаний пациента в то время, когда с ним происходило потенциально травмирующее событие.

В основу ОПД легла секция модуля PTSD [СКИД для DSM-III-R (Spitzer R.L. и др., 1990)], вопросы которой касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие. Обследуемым предлагается ответить на 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, как дереализация, деперсонализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы. Общий балл подсчитывается как среднее арифметическое по 9 пунктам. Диагностические критерии следующие: у здоровых показатели от 9 до 15 баллов; у пациентов с ПТСР — от 19 до 45 баллов.

¹ *Источник:* Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

БЛАНК МЕТОДИКИ

Дата: _____

Ф. И. О. _____

Инструкция. Вспомните, пожалуйста, с максимальной точностью, как вы себя чувствовали и что испытывали в то время, когда происходило самое тяжелое из пережитых вами экстраординарных событий. Опишите вкратце это событие.

Ниже приведены вопросы о том, как вы себя чувствовали именно в то время. Обведите кружком вариант ответа, который соответствует тому, насколько верно описание, приведенное в вопросе, отражает то, что вы чувствовали в момент события.

1. Были ли такие моменты во время события, когда вы переставали понимать, что происходит? Было ли у вас ощущение потери чувства реальности, выпадения из реальности? Были ли другие состояния, когда вы переставали ощущать себя частью происходящего?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
2. Было ли так, что вы действовали автоматически («на автопилоте»)? Так, сделав что-то, вы позже осознавали, что это сделано вами, но никаких активных намерений совершить это действие тогда у вас не было.	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
3. Изменялось ли у вас чувство времени? Казалось ли вам, что события необычайно ускорялись или замедлялись?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
4. Казалось ли вам все происходящее нереальным, как будто вы были во сне или смотрели кино или какое-то представление?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
5. Ощущали ли вы себя посторонним наблюдателем происходящего с вами лично? Было ли у вас ощущение, что вы как бы летите над местом события или наблюдаете все со стороны?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
6. Было ли так, что ваше ощущение собственного тела как бы искажалось или изменялось — вы чувствовали себя необычно маленьким или большим? Ощущали ли вы, что не связаны со	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно

своим телом?					
7. Казалось ли вам, что нечто происходящее на ваших глазах с кем-то другим происходит непосредственно с вами? Например, если вы видели, как кого-то травмировало, чувствовали ли вы, что травмировало именно вас, даже если на самом деле этого не произошло?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
8. Было ли так, что после того, как все кончилось, вы были удивлены, обнаружив, что в вашем присутствии произошло много событий, о которых вы ничего не знаете (особенно таких, которые вы обычно обязательно замечаете)?	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно
9. Если вы были травмированы во время события, заметили ли вы, что в момент травмы ощутили удивительно слабую боль или не ощутили боли совсем? (Если вы не были травмированы, поставьте отметку здесь.)	1 совершенно неверно	2 иногда верно	3 до некоторой степени верно	4 верно	5 совершенно верно

Интерпретация

Подсчитывается сумма баллов по каждому вопросу. Итоговая сумма баллов отражает выраженность перитравматической диссоциации.

«Опросник для оценки терапевтической динамики посттравматического стрессового расстройства»¹

«Опросник для оценки терапевтической динамики посттравматического стрессового расстройства» (Treatment Outcome PTSD Scale, TOP-8) предназначен для оценки ПТСР именно в динамике.

Инструкция. Интервьюер должен определить, какое травматическое событие является самым значимым, затем оценивать, насколько каждый симптом мешал пациенту на прошлой неделе.

1. Были ли у вас болезненные образы, мысли или воспоминания о травме, от которых вы не могли избавиться, даже если хотели? Возникали ли они периодически?

0 — никогда

1 — в легкой степени: редкие и беспокоящие

2 — в средней степени: по крайней мере один раз в неделю и/или вызывающие небольшой дистресс

3 — в тяжелой степени: по крайней мере 4 раза в неделю или вызывающие средний дистресс

¹ *Источник:* Посттравматическое стрессовое расстройство / Под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. — 624 с.

4 — в очень тяжелой степени: ежедневно или вызывают дистресс до такой степени, что пациент не может работать или социально функционировать

2. Вызывает ли воздействие события, которое напоминает вам о травме или является похожим на нее, какие-либо физические проявления (например, потливость, дрожь, сердцебиение, тошноту, учащенное дыхание, ощущение озноба и т.д.)?

0 — никогда

1 — немного: редкие или сомнительные

2 — отчасти: вызывающие небольшой дистресс

3 — значительно: вызывающие выраженный дистресс

4 — заметно: вызывающие выраженный дистресс или необходимость поиска помощи врачей в связи с физическими проявлениями (например, боль в груди настолько выраженная, что он/она был убежден в наличии у себя сердечного приступа)

3. Избегаете ли вы упорно места, людей или случаи, которые напоминают вам о событии, например фильмы, телепередачи, шумные места, встречи ветеранов или похороны?

0 — нет избегания

1 — в легкой степени: сомнительной значимости (неудобно, но не избегает)

2 — в умеренной степени: определенно избегает ситуаций

3 — в тяжелой степени: очень неудобно, и избегание затрагивает жизнь в некоторой степени

4 — очень тяжелой степени: прикованный к дому, не может выходить в магазины и рестораны.

4. Испытываете ли вы меньше интереса (удовольствия) к вещам, которые ранее вас радовали?

0 — интерес не потерян

1 — одно или два действия вызывают меньше удовольствия

2 — несколько действий вызывают меньше удовольствия

3 — большинство действий вызывают меньше удовольствия

4 — практически все действия вызывают меньше удовольствия

5. Контактуете ли вы с людьми меньше, чем обычно? Чувствуете ли вы себя отчужденным от других людей?

0 — нет проблем

1 — в легкой степени: чувствует себя отдаленным или отчужденным, но все же имеет нормальную степень контакта с другими людьми

2 — в умеренной степени: иногда избегает контакта, в котором он или она, как правило, участвовал ранее

3 — в тяжелой степени: безусловно и обычно избегает людей, с которыми он или она ранее контактировал

4 — в очень тяжелой степени: абсолютно отказывается или активно избегает всех социальных контактов с момента травмы

**6. Есть ли у вас теплые чувства или чувствуете ли вы себя ближе к другим?
Чувствуете ли вы оцепенение?**

0 — нет проблем

1 — в легкой степени: сомнительной значимости

2 — в умеренной степени: некоторые трудности с выражением чувств

3 — в тяжелой степени: определенные проблемы с выражением чувств

4 — в очень тяжелой степени: не имеет чувств, чувствует оцепенение большую часть времени

7. Вы насторожены? Вы легко отвлекаетесь? Чувствуете ли вы, что находитесь на грани?

0 — нет проблем

1 — в легкой степени: периодически/не мешает

2 — в умеренной степени: вызывает дискомфорт, чувствует на грани или бдительным в некоторых ситуациях

3 — в тяжелой степени: вызывает дискомфорт, чувствует на грани или бдительным в большинстве ситуаций

4 — в очень тяжелой степени: вызывает выраженный дискомфорт и меняет жизнь (постоянно насторожен, должен соблюдать дистанцию, социально обесценен в связи с чувством на грани)

8. Вас легко напугать? У вас есть тенденция к внезапному вздрагиванию? Возникает ли это после неожиданного шума или если вы слышите или видите что-то, что напоминает вам о травме?

0 — нет проблем

1 — в легкой степени: периодически/не мешает

2 — в умеренной степени: определенно вызывает дискомфорт или чрезмерный испуг по крайней мере раз в две недели

3 — в тяжелой степени: происходит чаще одного раза в неделю

4 — в очень тяжелой степени: настолько плохо, что пациент не может функционировать на работе или в социуме

Интерпретация

Подсчитывается сумма баллов по каждому вопросу. Количественное изменение суммы баллов отражает терапевтическую динамику.