

УДК 616.89-008-001:355.514:159.96

Ковалева К.В., Альмешкина А.А., Коваленко С.Р.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ КОМБАТАНТОВ СВО, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР, Российская Федерация

Военный конфликт на Донбассе, существующий с 2014 г., кардинально изменил жизнь всего населения, проживающего на данной территории. Не подлежит сомнению, что пребывание в зоне ведения боевых действий является крайне мощным стрессором для любого человека. Однако, на протяжении существования ситуации содержательная специфика стрессоров менялась. «Первая волна» катастрофических переживаний ужаса и шока на фоне непосредственной угрозы жизни и здоровью сопровождала начало боевых действий, когда многие люди потеряли жилье, работу, были вынуждены сменить место жительства; разрушались привычные жизненные стереотипы, «ломалась» система ценностей и смыслообразующих жизненных конструктов, разрушались значимые отношения с близкими людьми и даже семьи (т.н. «острые» стрессоры). Затем воздействие стрессовых факторов приобрело хронический характер, когда превалировали ощущение неопределенности, беспомощности, несправедливости, зависимости от внешних обстоятельств и невозможности на них повлиять, отсутствие уверенности в завтрашнем дне и тревога о будущем, чувство политической неустойчивости и отсутствие социальных гарантий. Тем не менее, на протяжении нескольких лет стабилизации обстановки на фоне завершения активной фазы боевых действий, большинство людей смогли выработать устойчивые механизмы адаптации к текущей ситуации, выстроить план дальнейшей жизни и осуществлять его.

Следующим массивным потрясением общемирового масштаба для психического благополучия всего населения земного шара, включая и жителей нашего региона, стала пандемия COVID-19, которая «добавила» новую

угрозу физическому здоровью, изоляционные ограничения, необходимость изменения привычных стереотипов поведения, перестройку жизнедеятельности под новые условия дистанционных методов взаимодействия в рабочих и межличностных отношениях, финансовую/экономическую нестабильность и массивную социальную инфодемию. Спектр пандемических стрессовых реакций широко варьировался от обеспокоенности и тревоги до панических состояний на фоне повторного потрясения от разрушения представлений об окружающей действительности и депривации личностных потребностей. Таким образом, на уже имеющийся хронический стресс военного времени «наслоился» пандемический дистресс, снижая барьер психологической устойчивости и истощая адаптационные ресурсы личности.

В 2022 г. на фоне эскалации военного конфликта, вновь сопровождавшегося дестабилизацией социально-экономической ситуации и значительными разрушениями инфраструктуры, возобновлением действия «острых» стрессоров, угрозой субъективному благополучию во всех жизненных сферах, а также после начала специальной военной операции, произошла ретравматизация ранее пережитого негативного опыта и адаптационные ресурсы личности многих людей оказались на критической грани дезадаптации. В особенности это касается мобилизованных жителей региона, многие из которых оказались перед вызовом выполнения военного долга в критических условиях без соответствующей этому физической, профессиональной и психологической подготовки.

В условиях локальных вооруженных конфликтов, помимо непосредственной угрозы жизни, военнослужащие подвергаются воздей-

ствию целого ряда стрессогенных факторов: высокая физическая и психоэмоциональная напряженность деятельности, отсутствие полноценного сна и отдыха, динамические изменения боевой обстановки, информационная неопределенность, морально-этическая оценка происходящих событий материально-бытовая неустроенность и др. [1, 2, 3] Перенапряжение адаптационных механизмов под влиянием постоянного стрессового напряжения, особенно в случае переживания индивидуально значимого травматического эпизода (артиллерийский обстрел боевых позиций, гибель товарищей или мирных жителей и т.п.) может приводить к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), распространенность которого среди ветеранов боевых действий составляет от 15 до 54% [4] и клинически проявляется не только в строгом соответствии критериям МКБ-10 и DSM-IV, но и в форме адаптационных расстройств и различных затяжных психофизиологических изменений на уровне невротических реакций [5, 6].

По данным Ю.Н. Астапова (1995) и Б.В. Михайлова, Ю.Н. Астапова (2003), наиболее частыми и специфичными проявлениями невротической симптоматики у военнослужащих являются ситуационно-обусловленные реакции психической дезадаптации, проявляющиеся фрагментарными, малодифференцированными, нестабильными и клинически неоформленными симптомами кратковременного характера [7, 8]. По данным Нечипоренко и соавт., недифференцированные проявления нервно-психической неустойчивости и дезадаптации у военнослужащих могут иметь прогностическое значение для формирования личностных расстройств [9].

Согласно данным американского национального исследования ветеранов войны во Вьетнаме (1988), у 30,6% участников боевых действий наблюдались тяжелые и выраженные симптомы ПСТР, у 22,5% - частичные/ субклинические посттравматические стрессовые состояния; у 55,8% лиц, имеющих ПТСР, были диагностированы коморбидные пограничные нервно-психические расстройства. Также имеются сведения о том, что среди указанного контингента разводы были у 70%, родительские проблемы - у 35%, крайние формы изоляции от людей - у 47,3%, выраженная враждебность - у 40%, случаи насилия, в том числе, домашнего наблюдались у 36,8%, попали в тюрьму или были арестованы 50% [10, 11].

Процесс психической адаптации можно концептуально представить, как стремление к достижению оптимального уровня приспособления индивида к условиям жизнедеятельности с сохранением здоровья в его субъективной ценности. Согласно Ю.А. Александровскому, принципиальным отличием деятельности системы психической адаптации человека от других систем является наличие механизмов сознательной саморегуляции, которые основаны на субъективной индивидуально-личностной оценке факторов окружающей действительности и зависят от индивидуальных способов переработки информации и особенностей восприятия человека. Именно феномен субъективности психической реальности каждого отдельно рассматриваемого индивида, обусловленной множеством воздействующих на личность на различных этапах её формирования факторов, с учетом динамических физиологических основ протекания психических процессов в целом, и является тем дестабилизирующим звеном, которое приводит к разбалансировке системы и, как следствие, формированию состояния психической дезадаптации [12]. С.Б. Семичовым в рамках понятия «предболезненные психические расстройства» [13] психическая дезадаптация рассматривается, как отражение ослабления адаптационных ресурсов личности, феноменологически проявляющихся в психопатологических образованиях различной степени выраженности. Автор выделяет основные формы дезадаптации - непатологическую и патологическую. При непатологической психической дезадаптации - это различные дисфункциональные состояния, которые доставляют выраженный субъективный дискомфорт, в большинстве случаев, не требуя обязательного врачебного вмешательства. Однако, поскольку они всё же представляют собой переживание, стресс, жизненную трудность, неудачу, кризис, драму, то чреваты расстройствами психической деятельности или срывом, когда нельзя полностью исключить возможность трансформации в болезнь. Именно поэтому подобные состояния он также называет «дезадаптацией предпатологической» [14]. Патологическая дезадаптация или же собственно предболезненные расстройства, отличаются противоположными качествами. Здесь уже в большей степени выступают очерченные патологические радикалы или имеется моза-

ичная, полиморфная картина, взаимопогашающие радикалы, т.е. развитие дезадаптации не дифференцировано и может развиваться по пути соматизации, невротизации, поведенческих расстройств и т.п., что предопределяет потребность во своевременном психиатрическом и/или психотерапевтическом воздействии.

Таким образом, целью настоящего исследования являлось изучение клинико-психопатологических особенностей проявления психической дезадаптации у лиц, получивших боевую психическую травму при несении военной службы в условиях специальной военной операции на Донбассе, для выработки алгоритма диагностики посттравматических стрессовых состояний у комбатантов, а также дальнейшей разработки принципов психотерапевтического и психопрофилактического вмешательства.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 133 военнослужащих мужского пола в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст - 36 лет (29,5-43,5), находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической психоневрологической больнице - Медико-психологическом центре в 2022 г. В исследовании применялись клинико-психопатологический, социально-психологический (психодиагностический) методы и метод математической обработки результатов.

Верификация наличия признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) на предварительном этапе исследования проводилась с помощью «Структурированного клинического диагностического интервью (СКИД)». Так, согласно данным интервью, 19 чел. (14,3%) не набрали достаточного количества баллов, а у 114 военнослужащих, которые и составили основной контингент обследуемых лиц, были обнаружены признаки ПТСР (85,7%).

Анализ полученных результатов осуществлялся в соответствии с отдельными пунктами стандартизованного бланка «Индивидуальная карта клинического и социально-демографического анализа истории болезни пациента с признаками боевой психической травмы». Так, принимали участие в боевых действиях на протяжении нескольких недель - 3 чел. (2,6%), от 1 до 6 месяцев - 41 чел. (36%), более 6 месяцев - 44 чел. (38,6%), свыше 12 месяцев - 26 чел. (22,8%).

Клинико-психопатологический метод основывался на диагностике психических расстройств согласно критериям МКБ-10: у 31 пациента (27,2%) был установлен диагноз - Посттравматическое стрессовое расстройство вследствие участия в боевых действиях (F 43.1), у 30 пациентов (26,3%) - Церебратенический синдром (различной степени выраженности) вследствие минно-взрывной травмы/ контузии головного мозга/ закрытой черепно-мозговой травмы/ резидуальной энцефалопатии (F 06.8), у 17 (14,8%) - Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F 06.6), у 14 (12,3%) - Умеренный депрессивный эпизод (F 32.10/ F 32.11), у 6 больных (5,3%) - Органическое расстройство личности (F 07.0), у 4 (3,4%) - Депрессивное расстройство органической природы (F 06.32), у 3 (2,6%) - Тревожное расстройство органической природы (F 06.4), у 2 пациентов (1,8%) - Посткоммоционный синдром вследствие повторных травм головного мозга/ минно-взрывной травмы (F 07.2), у 2 пациентов (1,8%) - Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F 60.3), еще у 2 (1,8%) - Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2), у 1 пациента (0,9%) - Обсессивно-компульсивное расстройство (F 42.2), у 1 пациента (0,9%) - Рекуррентное депрессивное расстройство (F 33.10) и у 1 пациента (0,9%) - Диссоциативное расстройство моторики (F 44.4).

Для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты её проявления использовалась «Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale - CAPS)» [15], которая дополняет данные СКИД. Применение методики позволяет в процентном соотношении оценить тяжесть текущего состояния (1-20% - низкий уровень; 21-40% - пониженный уровень; 41-60% - умеренный уровень; 61-80% - повышенный уровень; 81-100% - высокий уровень), а также частоту и выраженность проявления симптомов по следующим пунктам (соотносящимся с критериями диагностики МКБ-10 и DSM-IV): А - Травматическое событие; В - Постоянно повторяющееся переживание травматического события; С - Устойчивое избегание раздражителей, ассоциирующихся с травмой, или «блокада» общей способности к реагированию; D - Устойчивые симптомы повышенной возбудимости.

Изучение особенностей нервно-психической адаптации осуществлялось с использованием методики «Тест нервно-психической адаптации», разработанной в ПНИИ им. В.М. Бехтерева [16]. Методика содержит 26 суждений, представляющих собой описание ряда психопатологических симптомов, выраженность которых оценивается испытуемыми по 4-балльной шкале. «Сырые» баллы затем переводятся в стандартные z-оценки и интерпретируются согласно многомерной шкале: «здоровье» (1,80 и менее); «оптимальная адаптация» (от -1,79 до -1,04); «непатологическая психическая дезадаптация» (от -1,03 до 0,77); «патологическая психическая дезадаптация» (от 0,78 до 1,80); «вероятно болезненное состояние» (1,81 и выше). Данный тест отражает формулируемую в понятиях психопатологии количественную сторону процесса психической адаптации.

В соответствии с интегральным показателем ПТСР по данным методики CAPS для анализа были выделены две группы сравнения: в группу I вошли пациенты с пониженным и умеренным уровнем (21-60%) - 40 чел., во II группу - 74 чел. с повышенными и высокими показателями (61-100%). Количественное распределение обследуемых по указанным подкатегориям представлено в таблице 1.

Для представления данных, полученных в результате исследования, были применены стандартные методы описательной статистики после проверки выборки на нормальность распределения. При сравнении средних значений для двух несвязанных выборок применялся t-критерий Стьюдента (в случае нормального закона распределения) или U-критерий Манна-Уитни (при распределении, отличном от нормального). Статистическая обработка

данных проводилась с использованием лицензионного пакета «Statistica 10.0» (StatSoft) и таблиц MS Excel на IBM PC/AT. Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$ и/или $p \leq 0,01$.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе анализе данных исследования интегральный показатель ПТСР (ИП) среди комбатантов СВО с признаками боевой психической травмы составил 89,5 ($\pm 20,3$) баллов: частота симптомов (F) - 45,7 ($\pm 10,7$) баллов и интенсивность симптомов (I) - 43,8 ($\pm 10,2$) балла. По сравнению с нормативными показателями авторов русскоязычной интерпретации опросника для лиц, подвергшихся травматическому воздействию жизнеугрожающих ситуаций (в том числе, военного характера), представленными в таблице 2, полученные результаты значительно их превышают. У 44 пациентов, участвовавших в боевых действиях менее полугода ИП составил 87,8 ($\pm 21,3$)/ F - 45,4 ($\pm 11,6$)/ I - 42,4 ($\pm 10,3$); более 6 месяцев (70 чел.): ИП - 90,6 ($\pm 19,6$)/ F - 45,9 ($\pm 10,1$)/ I - 44,7 ($\pm 10,0$).

Результаты анализа интегрального показателя ПТСР и частоты/интенсивности симптомов в группах сравнения свидетельствуют о высокой статистической значимости средних значений для выделенных групп (таблица 3), что подтверждает необходимость включения данного опросника в алгоритм диагностики посттравматических стрессовых состояний у комбатантов. Также следует отметить, что для пациентов с диагнозом Посттравматического стрессового расстройства (F 43.1) среднее значение ИП составило 83,2 ($\pm 21,5$) балла; для пациентов с органическими психическими расстройствами - 91,6 (± 20) балла;

Таблица 1

Средние значения показателей методики CAPS среди комбатантов СВО с признаками боевой психической травмы

Интегральный показатель ПТСР	n = 114 чел.				
	абс.	%	Частота симптомов (F)	Интенсивность симптомов (I)	Общий балл
Пониженный	9	7,9%	25,4	24,6	50,0
Умеренный	31	27,2%	36,2	34,8	71,0
Повышенный	52	45,6%	49,4	46,9	96,3
Высокий	22	19,3%	58,6	57,2	115,8

Средние значения показателей CAPS, по Тарабриной Н.В. (1995, 1996)

Группа	Частота симптомов	Интенсивность симптомов	Общий балл
Беженцы, «норма»	9,5	9,2	18,7
Беженцы, ПТСР	30,0	31,3	61,3
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, «норма»	11,4	11,4	22,8
Ликвидаторы аварии на ЧАЭС, ПТСР	23,1	23,8	46,9
Ветераны войны в Афганистане, «норма»	6,6	7,5	14,1
Ветераны войны в Афганистане, ПТСР	27,4	29,9	57,3

для больных аффективной патологией - 91,8 ($\pm 18,2$) балла. Это объяснимо с точки зрения диагностического подхода МКБ-10, когда наличие органической мозговой дисфункции (которая достаточно часто возникает при контузии головного мозга вследствие минно-взрывной травмы у лиц, находящихся на передовой) ограничивает диагностику рубрикой F0. Тем не менее, у пациентов с данной категорией диагнозов всё же имеется значительная психическая травматизация, а также повторные переживания психотравмирующей ситуации, устойчивое избегание напоминаний о ней наряду с симптомами повышенной возбудимости и нейровегетативной дисфункции. Также можно отметить, что наличие дисциркуляторных нарушений и депрессивной симптоматикой утяжеляет течение ПТСР. Далее приведены примеры некоторых ответов обследуемых в пункте А «Шкалы для клинической диагностики ПТСР (CAPS)», в котором необходимо было описать травматическое событие, свидетельствующие о наличии тяжелых стрессовых переживаний, предшествовавших появлению симптоматики: «наша группа попала под минометный обстрел, на моих глазах умирали товарищи, но я ничего не мог сделать», «вывозил погибших сослуживцев», «видел как во время перестрелки ранило мирных жителей», «ранило зам. командира роты, но он умер, потому что я не смог ему помочь», «гибель единственного друга, с которым вместе служили с 2014 года», «при отступлении из некоторых посёлков наблюдал, как людей переезжали на бронетехнике, сгорали люди

заживо в машине», «в первый день на боевых позициях мы попали в засаду, из всей роты выжили единицы».

При анализе данных, полученных по методике «Тест нервно-психической адаптации», был определен средний показатель для всей выборки 3,93 ($\pm 0,69$), что соответствует значению «вероятно болезненное состояние» многомерной шкалы. При этом, в состоянии непатологической психической дезадаптации находились 2 человека (1,8%), патологической психической дезадаптации - также 2 чел. (1,8%), а остальные пациенты вошли в категорию состояния болезни - 110 чел. (96,4%). В зависимости от длительности участия в боевых действиях результаты распределились следующим образом: военнослужащие, принимавшие участие в боевых действиях 6 и менее месяцев (44 чел.) - 3,74 ($\pm 1,0$); более 6 месяцев (70 чел.) - 4,10 ($\pm 0,28$) без статистически достоверных различий. Следовательно, у военнослужащих, получивших боевую психическую травму, психическая дезадаптация выражается в формировании болезненного состояния вне зависимости от длительности участия в боевых действиях, что подтверждается установленными и клинически верифицированными диагнозами невротических расстройств.

Таким образом, на основании представленных результатов исследования можно сделать ряд выводов:

- «Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД)» и «Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinician-administered PTSD Scale - CAPS)» являются

Средние значения показателей методики CAPS в соответствии с выделенными группами сравнения

Группа сравнения	Частота симптомов	Интенсивность симптомов	Общий балл
Группа I (n=40 чел.)	30,8*	29,7*	60,5*
Группа II (n=74 чел.)	54,0*	52,1*	106,1*

Примечание: * - различия между результатами групп статистически значимы при $p \leq 0,01$.

важными составляющими методического комплекса, направленного на диагностику посттравматических стрессовых состояний, тогда как использование «Теста нервно-психической адаптации» более оправдано для проведения скрининговых и профилактических обследований;

- в феноменологической структуре переживаний военнослужащих, находящихся в состоянии психической дезадаптации, крайне весомыми являются симптомы ПСТР (вне зависимости от установленных согласно

критериям МКБ-10 диагнозов), являющиеся важным структурным компонентом боевой психической травмы, что необходимо учитывать при проведении психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий;

- недооценка посттравматических стрессовых состояний в клинической картине психической патологии комбатантов может значительно снижать эффективность проводимого лечения, ухудшать прогноз и негативно сказываться на дальнейшей жизни и социальной адаптации пациентов.

Ковалева К.В., Альмешкина А.А., Коваленко С.Р.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ КОМБАТАНТОВ СВО, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,
Донецк, ДНР, Российская Федерация

Было обследовано 133 военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в рамках специальной военной операции на Донбассе, с установленными диагнозами психических расстройств для изучения клинико-психопатологических особенностей проявления психической дезадаптации у лиц, получивших боевую психическую травму при несении военной службы в условиях специальной военной операции на Донбассе. Состояние психической дезадаптации у указанного контингента лиц проявляется в формировании болезненного состояния с клинически очерченными патологическими радикалами. Были выявлены высокие показатели выраженности симптомов ПТСТР как у пациентов с данным диагнозом, так и с другими диагнозами из рубрик F0, F3, F4, F6 МКБ-10. Для повышения эффективности терапии у указанного контингента лиц, улучшения прогноза и дальнейшей социальной адаптации необходимо учитывать наличие и тяжесть полученной боевой психической травмы.

Ключевые слова: нервно-психическая адаптация, посттравматическое стрессовое расстройство, боевая психическая травма

Kovaleva K.V., Almeshkina A.A., Kovalenko S.R

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE TRAUMATIC EXPERIENCES OF COMBATANTS WITH BATTLE MENTAL TRAUMA

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR, Russian Federation

We examined 133 servicemen who took part in the hostilities as part of a special military operation in the Donbass, with established diagnoses of mental disorders to study the clinical and psychopathological features of the manifestation of mental maladaptation in persons who received combat mental trauma during military service in the conditions of a special military operation in the Donbass. The state of

mental maladaptation in the specified contingent of persons is manifested in the formation of a disease state with clinically outlined pathological radicals. High rates of severity of PTSD symptoms were found both in patients with this diagnosis and with other diagnoses from the F0, F3, F4, F6 ICD-10 rubrics. In order to increase the effectiveness of therapy in the specified contingent of people, improve the prognosis and further social adaptation, it is necessary to take into account the presence and severity of the received combat mental trauma.

Keywords: neuropsychic adaptation, post-traumatic stress disorder, combat mental trauma

Литература

1. Бурькин В.М. Профилактика профессиональной деформации личности сотрудника органа внутренних дел. Методическое пособие / Под общ. ред. В.М. Бурькина. М.: ИМЦ ГУК МВД России; 2004. 144.
2. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. Томск: Изд-во Том. ун-та; 2005. 212.
3. Ена А.Е., Маслюк В.В., Нерода В.И., Селина О.Г., Скалецкий Ю.Н. Психосоматические расстройства у участников боевых действий. Пробл. реабилитации. 2000; 1: 60-65.
4. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы. Военно-медицинский журнал. 1997; 4: 22-26.
5. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: «Анахарсис»; 2005. 200.
6. Погосов А.В., Умрихин А.В. Особенности клиники посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в зависимости от характера психотравмы. Проблемы психиатрии, психосоматики и наркологии. Курск; 1998: 93-95.
7. Астапов Ю.Н. Невротические расстройства у военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Украины. Медицинские исследования. 2001. 1 (1): 111-112.
8. Михайлов Б.В., Астапов Ю.Н. Структура расстройств психической сферы у военнослужащих срочной службы Вооруженных Сил Украины. Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Материалы конф. СПб.; 2003: 112-113.
9. Нечипоренко В.В., Требухов С.Н., Лыткин В.М. О патоморфозе психогенных расстройств у военнослужащих. Психиатрические аспекты общемедицинской практики: Материалы конф. СПб.; 2005: 179-185.
10. Fortana A., Rosenheck R., Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1994. 182 (12): 677-684.
11. Friedman M.J., Schnurr P. P., McDonagh Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. Psychiatr. Clin. North. Am. 1994. 17 (2): 265-277.
12. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. М.: Наука; 1976. 272.
13. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. М.: Медицина; 1987. 184.
14. Семичов С.Б. Группировка состояний психического здоровья. Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. Л.; 1986: 8-17.
15. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001. 272.
16. Практикум по психологии здоровья. Под. ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер; 2005. 351.

References

1. Burykin V.M. Profilaktika professional'noy deformatsii lichnosti sotrudnika organa vnutrennikh del [Prevention of professional deformation of the personality of an employee of the internal affairs body]. Metodicheskoye posobiye / Pod obshch. red. V.M. Burykina. M.: IMTS GUK MVD Rossii; 2004. 144 (in Russian).
2. Semke V.YA., Yepanchintseva Ye.M. Dushevnyye krizisy i ikh preodoleniye [Mental crises and

- their overcoming]. Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta; 2005. 212 (in Russian).
3. Yena A.Ye., Maslyuk V.V., Neroda V.I., Selina O.G., Skaletskiy YU.N. Psichosomaticheskiye rasstroystva u uchastnikov boyevykh deystviy [Psychosomatic disorders in combatants]. Probl. reabilitatsii. 2000; 1: 60-65 (in Russian).
 4. Nechiporenko V.V., Litvintsev C.B., Snedkov Ye.V. Sovremennyy vzglyad na problemu boyevoy psikhicheskoy travmy [A modern view on the problem of combat mental trauma]. Voenno-meditsinskiy zhurnal. 1997; 4: 22-26 (in Russian).
 5. Voloshin V.M. Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo (fenomenologiya, klinika, sistematika, dinamika i sovremenny podkhody k psikhofarmakoterapii) [Post-traumatic stress disorder (phenomenology, clinic, systematics, dynamics and modern approaches to psychopharmacotherapy)]. M.: «Anakharsis»; 2005. 200 (in Russian).
 6. Pogosov A.B., Umrikhin A.B. Osobennosti kliniki posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva (PTSR) v zavisimosti ot kharaktera psikhotravmy [Features of the clinic of post-traumatic stress disorder (PTSD) depending on the nature of the psychotrauma]. Problemy psikhiiatrii, psichosomatiki i narkologii. Kursk; 1998: 93-95 (in Russian).
 7. Astapov YU.N. Nevroticheskiye rasstroystva u voyennosluzhashchikh srochnoy sluzhby Vooruzhennykh Sil Ukrainy [Neurotic disorders in conscripts of the Armed Forces of Ukraine]. Meditsinskiye issledovaniya. 2001. 1 (1): 111-112 (in Russian).
 8. Mikhaylov B.V., Astapov YU.N. Struktura rasstroystv psikhicheskoy sfery u voyennosluzhashchikh srochnoy sluzhby Vooruzhennykh Sil Ukrainy [The structure of mental disorders in military servicemen of the Armed Forces of Ukraine]. Aktual'nyye problemy sovremennoy nevrologii, psikhiiatrii i neyrokhirurgii: Materialy konf. SPb.; 2003: 112-113 (in Russian).
 9. Nechiporenko V.V., Trebukhov S.N., Lytkin V.M. O patomorfoze psikhogennykh rasstroystv u voyennosluzhashchikh [On the pathomorphosis of psychogenic disorders in military personnel]. Psikhiiatricheskiye aspekty obshchemeditsinskoy praktiki: Materialy konf. SPb.; 2005: 179-185 (in Russian).
 10. Fortana A., Rosenheck R., Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. J. Nerv. Ment. Dis. 1994. 182 (12): 677-684.
 11. Friedman M.J., Schnurr P. P., McDonagh Coyle A. Post-traumatic stress disorder in the military veteran. Psychiatr. Clin. North. Am. 1994. 17 (2): 265-277.
 12. Aleksandrovsky Yu.A. Sostoyaniya psikhicheskoy dezadaptatsii i ikh kompensatsiya [States of mental maladjustment and their compensation]. M.: Science; 1976. 272 (in Russian).
 13. Semichov S.B. Predboleznennyye psikhicheskiye rasstroystva [Premorbid mental disorders]. M.: Medicine; 1987. 184 (in Russian).
 14. Semichov S.B. Gruppirovka sostoyaniy psikhicheskogo zdorov'ya. Predbolezn' i faktory povyshennogo riska v psikhonevrologii [Grouping mental health conditions. Predisease and risk factors in psychoneurology]. L.; 1986: 8-17 (in Russian).
 15. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. SPb.: Piter; 2001. 272 (in Russian).
 16. Praktikum po psikhologii zdorov'ya [Workshop on the psychology of health]. Ed. G.S. Nikiforov. St. Petersburg: Peter; 2005. 351 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.01.2023