Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2025, т. 125, №6, с. 37–44
https://doi.org/10.17116/jnevro202512506137

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2025, vol. 125, no. 6, pp. 37–44
https://doi.org/10.17116/jnevro202512506137

Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации

© А.В. ЕСИПОВ[1], М.А. САМУШИЯ[2], А.Ф. ИВОЛГИН[1], А.Ю. КОЗАЧУК[1, 2], И.А. ЕЛИНА[1, 2], И.В. ЕРЕМИЦКИЙ[1], Е.Д. КОЧЕРЕВА[2], М.А. КОВЕШНИКОВ[2]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий — Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Красногорск, Россия;
[2]ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучить клинико-психопатологическую структуру психической патологии, манифестирующей под влиянием боевого стресса в первые 6 мес. с момента получения ранения среди санитарных потерь военнослужащих, получающих медицинскую помощь в многопрофильном военном госпитале и определить связь регистрируемой психической патологии с преморбидными личностными особенностями.

Материал и методы. Проведено одноцентровое когортное проспективное исследование на базе ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России (г.о. Красногорск, Россия). Обследовано 27 военнослужащих, госпитализированных в разные по профилю соматические отделения в период с октября 2022 по июнь 2023 г. Средний возраст обследованных составил 36 лет (28,25; 45,0). Средняя длительность участия в боевых действиях — 5,73 месяца (2,83; 10,74). Длительность периода, прошедшего с момента получения ранения 2,07 месяца (0.47; 5.88). Применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы исследования.

Результаты. Полученные в ходе исследования данные позволили выделить две группы участников боевых действий, различающихся по типам эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и психическому состоянию. Первая группа — «военные тимогении» в рамках диагноза F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (n=22). В психопатологической структуре данной группы ведущую роль играли тревожные расстройства с отчетливым гипотимическим компонентом, сопровождавшиеся наплывами навязчивых, реалистичных воспоминаний боевых действий, с незавершенными симптомокомплексами посткоммоционного синдрома и конверсионных расстройств. Вторая группа — пациенты с клиникой реактивного параноида, развившегося на догоспитальном этапе или после поступления в стационар (n=5), квалифицированного в рамках F23 «Острые и преходящие психотические расстройства». Отличительной чертой пациентов данной группы стала превалирующая преморбидно паранойяльная акцентуация, в дальнейшем находящая отражение в клинической картине психоза, обнаруживающего своим содержанием тесную связь с условиями боевого стресса.

Заключение. Полученные результаты дают возможность сделать предварительные выводы об отсутствии различий в клинических формах реактивных психотических расстройств и расстройств адаптации в условиях современных боевых действий в сравнении с войнами XX века.

Ключевые слова: *психические расстройства, боевой стресс, реакция на тяжелый стресс, нарушения адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, психотические расстройства.*

Информация об авторах:
Есипов А.В. — https://orcid.org/0000-0003-3681-9977
Самушия М.А. — https://orcid.org/0000-0003-3681-9977
Иволгин А.Ф. — https://orcid.org/0000-0002-8849-680X
Козачук А.Ю. — https://orcid.org/0009-0007-2436-2849
Елина И.А. — https://orcid.org/0009-0004-1903-729X
Еремицкий И.В. — https://orcid.org/0009-0000-4891-5363
Кочерева Е.Д. — https://orcid.org/0009-0000-7952-9369
Ковешников М.А. — https://orcid.org/0009-0007-1068-7386
Автор, ответственный за переписку: Козачук А.Ю. — e-mail: alexkozachuk@yandex.ru

Как цитировать:
Есипов А.В., Самушия М.А., Иволгин А.Ф., Козачук А.Ю., Елина И.А., Еремицкий И.В., Кочерева Е.Д., Ковешников М.А. Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2025;125(6):37–44. https://doi.org/10.17116/jnevro202512506137

Mental disorders in military personnel at the stage of medical care in a multidisciplinary military medical organization

© A.V. ESIPOV[1], M.A. SAMUSHIA[2], A.F. IVOLGIN[1], A.YU. KOZACHUK[1, 2], I.A. ELINA[1, 2], I.V. EREMITSKY[1], E.D. KOCHEREVA[2], M.A. KOVESHNIKOV[2]

[1]National Medical Research Center for High Medical Technologies, A.A. Vishnevsky Central Military Clinical Hospital, Krasnogorsk, Russia;
[2]Central State Medical Academy of the Department of Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russia

Abstract

Objective. To study the clinical and psychopathological structure of mental disorders associated with combat stress in the first 6 months from the moment of injury among the sanitary losses of servicemen receiving medical care in a multidisciplinary military hospital and to determine the relationship of the reported mental disorders with premorbid personal traits.

Material and methods. A single-center cohort prospective study was conducted at the Central Military Clinical Hospital, A.A. Vishnevsky (Krasnogorsk, Russia). The study examined 27 service members hospitalized in different somatic departments from October 2022 to June 2023. The mean age of the examined subjects was 36.0 years (28.25; 45.0). The duration of commitment was 5.73 months (2.83; 10.74). The duration of the period since the injury was 2.07 months (0.47; 5.88). The clinical-psychopathological, psychometric, and statistical methods of the study were used.

Results. The data obtained showed two groups of combatants, differing in the types of emotional-behavioral stress response and mental state. The first group is «military timogenies» as part of the F43 diagnosis «Reaction to severe stress and adjustment disorders» (*n*=22). In the psychopathological structure of this group, the leading role was played by anxiety disorders with a distinct hypothymic component with episodes of obsessive, realistic memories of hostilities, incomplete postconcussive syndrome, and conversion disorders. The second group included patients with reactive paranoid symptoms that developed in the prehospital or in-hospital stages (*n*=5), qualified under F23, «Acute and transient psychotic disorders.» A distinctive feature of the patients of this group was the prevailing premorbid paranoia accentuation, which was further reflected in the clinical presentation of psychosis closely related to the conditions of combat stress.

Conclusion. The obtained results make it possible to draw preliminary conclusions about the absence of differences in the clinical forms of reactive psychotic disorders and adjustment disorders in the context of modern warfare in comparison with the wars of the 20th century.

Keywords: *mental disorders, combat stress, response to severe stress, adjustment disorders, post-traumatic stress disorder, psychotic disorders.*

Information about the authors:
Esipov A.V. — https://orcid.org/0000-0001-9443-7286
Samushia M.A. — https://orcid.org/0000-0003-3681-9977
Ivolgin A.F. — https://orcid.org/0000-0002-8849-680X
Kozachuk A.Yu. — https://orcid.org/0009-0007-2436-2849
Elina I.A. — https://orcid.org/0009-0004-1903-729X
Eremitsky I.V. — https://orcid.org/0009-0000-4891-5363
Kochereva E.D. — https://orcid.org/0009-0000-7952-9369
Koveshnikov M.A. — https://orcid.org/0009-0007-1068-7386
Corresponding author: Kozachuk A.Yu. — e-mail: alexkozachuk@yandex.ru

To cite this article:
Esipov AV, Samushia MA, Ivolgin AF, Kozachuk AYu, Elina IA, Eremitsky IV, Kochereva ED, Koveshnikov MA. Mental disorders in military personnel at the stage of medical care in a multidisciplinary military medical organization. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2025;125(6):37–44. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro202512506137

Мировые и локальные войны XX столетия предоставили огромный материал для изучения патогенного действия военного боевого стресса и усилили интерес к военным психогениям. Однако вопрос о том, какие формы психогенных реакций становятся наиболее частыми в связи с особенностями психотравмирующих факторов современных войн XXI века остаются еще сравнительно мало освещенными в литературе. По данным современных исследований, доля острых форм психогенных реакций в условиях современных войн может достигать 50% [1—3]. Так, по данным Центрального командования США, содержащим анализ причин эвакуации военнослужащих из зоны боевых действий [4—7], случаи психических нежелательных явлений[1] увеличились с уровня 6—9% в 2001—2005 гг. до 16% к 2009 г. со значительным ростом до 28% в 2018 г. [7]. В отношении спектра психических нарушений, послуживших основанием для эвакуации с театра боевых действий, основными диагнозами указаны расстройства адаптации, депрессия, другие расстройства настроения, расстройства тревожного круга и посттравматическое стрессовое расстройство [8]. Одними из самых тяжелых нежелательных явлений, ассоциированных с психическим нездоровьем у современных комбатантов, признаны суицидальные мысли и суицидальное поведение/членовредительство, что вносит существенный вклад в смертность на театре сражения [5, 9—11].

Все большую актуальность в полиморфной группе психогений военного времени за последние годы приобретает также вопрос клиники и патогенеза психотических форм психической патологии. По данным последних эпидемиологических исследований первого психотического эпизода среди военнослужащих в условиях боевого стресса, показатель заболеваемости колеблется от 1,4 до 2,3% для шизофренических психозов и от 5,6 до 9,3% для других психотических расстройств на 10 тыс. человеко-лет [12]. По данным опубликованных зарубежных исследований, нозологическая принадлежность психотических эпизодов военного времени представлена преимущественно шизофренией (F20) (почти в половине случаев) и шизофреноформным расстройством (F20.81), а также шизоаффективным психозом (F25) и реактивным параноидом, которые шифруются кодом МКБ-10 как острые и преходящие психотические расстройства (F23) [13]. Основными факторами риска развития психотических расстройств во время военной службы авторы указывают удаленность места нахождения от дома, рождение или проживание комбатантов в крупных городах, психосоциальный стресс, а также обращения за психиатрической помощью в течение года до постановки диагноза. Более молодой возраст, низкий

[1]Ежемесячные отчеты о медицинском наблюдении Отдела медицинского надзора Вооруженных сил Центрального командования США ежегодно содержат сводную информацию о бремени болезней и показателях нежелательных явлений (НЯ) на театре военных действий, в которых представлены данные по уровню психиатрических НЯ во время операций «Иракская свобода», «Несокрушимая свобода» и «Новая заря».

уровень образования, рядовые и младший командный состав, меньшее время, проведенное на службе, безбрачный статус также были связаны с более высоким риском развития первого психотического эпизода в условиях боевого стресса [14]. В отношении роли боевого стресса как пускового фактора для развития психозов у комбатантов отечественные исследователи [15] придерживаются мнения, что часть случаев шизофренических психозов можно рассматривать в рамках концепта реактивной шизофрении, часть — в рамках типичной шизофренической симптоматики, не обнаруживающей связи приступа с условиями боевой обстановки.

Таким образом, исследования распространенности и спектра психических расстройств, возникающих в условиях боевого стресса в современных условиях, имеют разнородные результаты в отношении распространенности и клинической оценки. Малое количество исследований фокусируется на клинико-психопатологической оценке структуры психических нарушений. Также отсутствуют данные о влиянии исходных личностных особенностей на длительность персистирования психических нарушений, манифестирующих в условиях боевого стресса. Однако необходимо отметить, что почти все работы, посвященные вопросам распространенности боевых психогений, подчеркивают актуальность проблемы в связи с ростом психической патологии и резистентностью многих форм при применении стандартных рекомендаций по терапии и реабилитации.

Цель исследования — изучение клинико-психопатологической структуры психической патологии, манифестирующей под влиянием боевого стресса в первые 6 мес. с момента получения ранения среди военнослужащих, получающих медицинскую помощь в многопрофильном военном госпитале, и определение связи регистрируемой психической патологии с преморбидными личностными особенностями.

Материал и методы

Проведено одноцентровое когортное проспективное исследование на базе ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России (г.о. Красногорск, Россия). Обследовано 27 военнослужащих из числа госпитализированных в разные по профилю соматические отделения в период с октября 2022 по июнь 2023 г. Средний возраст обследованных составил 36,0 года (28,3; 45,0). Длительность участия в боевых действиях 5,7 месяца (2,8; 10,7). Длительность периода, прошедшего с момента получения ранения 2,1 месяца (0,5; 5,9). Поскольку в открытом доступе не имеется опубликованных результатов исследований, посвященных категории лиц, призванных на военную службу и участвующих в военных конфликтах, статья опирается на данные зарубежных исследований, проведенных среди профессиональных военнослужащих.

Критерии включения: добровольное согласие пациента на участие в исследовании; воздействие фактора боевого стресса; длительность периода, прошедшего с момента получения ранения в зоне боевых действий не более 6 мес.

Критерии невключения: возраст пациента моложе 19 лет или старше 55 лет; умственная отсталость (F70—F79); деменция (F00—F03); наличие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации; наличие у пациента военного образования.

Критерии исключения: желание пациента выйти из исследования.

В исследовании применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы исследования. Все пациенты были осмотрены врачом-психиатром, врачом-неврологом, врачом-оториноларингологом, клиническим психологом, с формированием патопсихологического заключения как по результатам интервью, так и на основании клинической интерпретации данных психометрического исследования. Были использованы следующие психометрические шкалы: шкала «Мини-СМИЛ», представляющая собой сокращенный Миннесотский многоаспективный личностный опросник (MMPI), предназначенный для исследования индивидуальных особенностей и психических состояний личности; шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS); Торонтская алекситимическая шкала (TAS-26); шкала депрессии Бека (BDI); шкала Дэвидсона для самооценки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (DTS); шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS); шкала посттравматического роста (PTGI).

Исследование соответствовало всем положениям Хельсинкской декларации и было одобрено локальным этическим комитетом. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ. Сбор данных, их последующая коррекция, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel (2016). Статистическая обработка результатов проводилась средствами языка Питон (Python 3.11.). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро—Уилка. Проверка на нормальность распределения показала, что данные в исследовании не имеют нормального распределения. Поэтому в дальнейшем расчеты производились методами непараметрической статистики. В качестве центра распределения была посчитана медиана, а в качестве показателей вариации — квартили (Me [Q_1; Q_3]). Для сравнения двух несвязанных выборок использовался *U*-критерий Манна—Уитни. Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей (%). Сравнение номинальных данных в группах проводилось при помощи критерия $\chi 2$ Пирсона. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 10, для оценки уровня значимости различий использовался точный критерий Фишера. Различия считались статистически значимыми при $p \leqslant 0{,}05$

Результаты

Полученные в ходе исследования данные позволили выделить две группы участников боевых действий, различающихся по типам эмоционально-поведенческого стрессового реагирования и психическому состоянию.

Первая группа — «военные тимогении» включает 22 участника боевых действий с диагнозом в соответствии с МКБ-10 — F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Средний возраст пациентов в группе составил 34,5 года (28,3; 44,0). Длительность периода участия в боевых действиях 5,8 месяца (3,8; 10,7). Длительность периода, прошедшего с момента получения ранения

и госпитализации в многопрофильный стационар 2,1 месяца (0,8;5,9). Гендерное разделение в группе отсутствовало.

Все пациенты представленной группы (100%) перенесли сотрясение головного мозга. Часть пациентов (*n*=10, 45,5% группы) имела сопутствующую патологию конечностей: травматическая ампутация конечности была проведена 3 пациентам — 13,6% группы, у остальных — слепые или касательные ранения конечностей без ампутации. Другая часть пациентов (*n*=5, 18,5% группы) получила множественную сочетанную политравму.

Первичный осмотр из представленной группы производился врачами-психиатрами не ранее, чем на 4 сутки после получения ранения, в связи с чем оценка возникающих в первые сутки шоковых стресс-индуцированных психических реакций производилась при сборе субъективных анамнестических сведений.

Как показал анализ всех представленных в группе наблюдений, неблагополучный преморбид прослеживается в 63% случаев (*n*=14), при этом в 40% случаев (*n*=9) в анамнезе имели место черепно-мозговые травмы и прием психоактивных веществ. Согласно анамнестическим сведениям, большинство пациентов обладали тревожными и ананкастными личностными акцентуациями с присущей им робостью, застенчивостью, совестливостью, гиперчувствительностью в сфере межличностных отношений и стремлением к соответствию высоким моральным и нравственным стандартам, которые определяли их дальнейшие стратегии поведения. Большинство участников группы трактовало все события как проявления собственной физической и ментальной слабости, отражающейся в виде депрессивных и дистимических состояний с обострением преморбидных акцентуаций характера в виде возникающих тревожных руминаций.

В структуре психопатологических нарушений на первый план выходят анксиозные расстройства, реализующиеся в виде беспредметной тревоги ожидания: «как будто что-то плохое должно вот-вот случиться», отмечается выраженная гиперестезия. Пациенты жалуются на болезненное обострение слуха: обычные по интенсивности звуки кажутся невыносимо громкими, оглушающими, вызывающими раздражение. Дисфорический аффект достигает в отдельных случаях уровня эксплозивных вспышек, когда настроение очень быстро приобретает злобно-тоскливый оттенок с поиском объекта для «разрядки». Чаще поводом для аффективной вспышки может быть ничтожный факт (сосед по палате громко разговаривает по телефону, в коридоре гремит каталка и т.п.). Отмечаются обманы обоняния неприятного содержания: «чувствую запах трупа», «пахнет чем-то гнилостным» и т.п. Мнимые запахи возникают преимущественно в период усиления подавленности, тревоги и страхов.

Фон настроения снижен, часть больных описывает загрудинное чувство тоски, скорби: «будто безвозвратно потеряно самое главное», идеи самообвинения: «не уберег товарищей в бою», «отлеживаюсь в госпитале вместо того, чтобы быть с боевыми друзьями». Такую значительную представленность в переживаниях пациентов «дисфункциональной вины» («за совершенное», «за то, что остался жив») отечественные исследователи относят к специфическим особенностям «военных ПТСР», по-видимому, отмечающуюся уже на инициальной стадии формирования [16].

Почти во всех наблюдаемых случаях с различной степенью выраженности и частоты возникновения отмечались наплывы навязчивых, реалистичных воспоминаний военных боев, атак или обстрелов, которые характеризовались состояниями двойной ориентировки, с невозможностью «остановить видение», применяя волевое усилие. В этот период для пациентов характерна отрешенность от окружающего — погруженность в свои переживания, в то время как реальная обстановка воспринимается лишь частично. Пациенты признают, что физически находятся в госпитале, но «одновременно» погружены в психотравмирующие воспоминания, сопровождающиеся «полным спектром ощущений». Так, пациенты красочно описывают, как посреди дня погружаются в реальную атмосферу боевых действий, связанных с ночными разведками: «чувствуют запах дыма, пота, крови, опавших листьев и сырой земли, погружаются в ночную темноту», «ощущают на коже грязь и влажную почву», «слышат звуки стрельбы, взрывов», «чувствуют привкус крови во рту» и т.п. Ощущения сопровождаются аффектом страха с соматовегетативными проявлениями (учащением сердцебиения, одышкой, повышением потоотделения и т.п.). Длительность эйдетических эхомнезий в виде ярких, чувственно насыщенных визуализированных представлений, воспроизводящих пережитое, может достигать 15—20 мин, впоследствии разрешаясь самопроизвольно.

Среди пациентов, перенесших сотрясение головного мозга с баротравмой в 27,3% в первые сутки часто встречались расстройства артикуляции и слуха (*n*=6). Клиническая картина проявлялась в виде синдрома реактивной глухонемоты, реализующегося клиникой расстройств голоса и речи в виде заиканий со сдваиванием, главным образом, начальных слогов, реже персевераций. В ходе комплексного обследования, проведенного оториноларингологом и неврологом, не выявлялось патологических изменений, соответствующих выраженности и характеру симптоматики, предъявляемой пациентами. У трех пациентов вызванная баротравмой контузия слухового нерва сопровождалась аффективно-шоковой реакцией в первые 2—3 суток, что вызвало длительную фиксацию этого кратковременного дефекта. В результате симптомы глухоты и расстройства речи, принимающие форму немоты или дисфонии, сохранялись в течение продолжительного срока (более 1 года катамнеза). Такие больные в течение ряда месяцев предъявляли жалобы на глубокие нарушения слуха и речи и не давали никаких признаков сколько-нибудь значительного улучшения на фоне психофармакотерапии.

Клинико-психопатологическая структура в 18,2% (*n*=4) преимущественно характеризовалась симптоматикой конверсионного расстройства, проявляющегося в виде парезов с атаксией и сужением полей зрения. Больные в течение нескольких недель предъявляли жалобы на стойкую близорукость, мышечную слабость, шаткость походки, онемение кожи конечностей и лица. В 13,6 % (*n*=3) отмечалось улучшение на фоне психофармакотерапии с использованием антидепрессантов группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с атипичными нейролептиками и антиконвульсантами: у одного пациента (4,5%) наблюдалась резистентность симптоматики к проводимой психофармакотерапии (длительность наблюдения составила 1 месяц).

У шести пациентов из первой группы (27,3%) отмечались когнитивные нарушения с субъективным ощущением полной утраты боевых профессиональных навыков,

трудностями сосредоточения, осмысления. Пациенты предъявляли жалобы на снижение памяти и концентрации внимания, связанную с этим тревогу и неотступное чувство вины за собственную профессиональную непригодность и невозможность в связи с этим вернутся к выполнению боевых задач.

Несмотря на высокий удельный вес проявлений постконтузионного (посткоммоционного) синдрома и диссоциативных (конверсионных) расстройств, наблюдаемая клиническая картина в группе отличается мозаичностью представленных симптомов, являющихся факультативными, в то время как ключевым симптомокомплексом остается расстройство адаптации, что не позволяет рассматривать их в контексте соответствующих шифров МКБ-10 (F 07.2, F44 соответственно).

Вторая группа представлена пациентами с диагностированным психическим расстройством в рамках F23 «Острые и преходящие психотические расстройства», куда было включено 5 участников боевых действий с развившейся клиникой реактивного параноида. Средний возраст пациентов в группе составил 39,0 года (36,0; 45,0). Длительность периода участия в боевых действиях 3,0 месяца (2,83; 3,1). Длительность периода, прошедшего с момента получения ранения и госпитализации в многопрофильный стационар 1,2 месяца (0,47; 2,8). Гендерное разделение в группе отсутствовало.

Все пациенты группы (100%) получили сотрясение головного мозга. Часть пациентов (n=2, 40% группы) имела сопутствующую патологию конечностей, травматическая ампутация конечности была проведена 1 больному. Другая часть пациентов (n=2, 40% группы) получила множественную сочетанную политравму.

Как показал анализ всех представленных в группе наблюдений, неблагополучный преморбид прослеживается во всех случаях, у 4 (80%) пациентов в анамнезе имелись место черепно-мозговые травмы.

Превалирующая паранойяльная акцентуация, преморбидно характерная для большинства пациентов группы (n=3, 60%), находит отражение в структуре и динамике развития психопатологической симптоматики. В анамнезе определяющей стратегией поведения пациентов является позиция, трактующая все события как проявления недобрых намерений сослуживцев или родственников, переходящую в подозрительность или формирующая идеи отношения и преследования. При этом, как правило, формирования завершенного синдрома персекуторного бреда не происходит, в анамнезе обнаруживаются преимущественно незавершенные, несистематизированные, подверженные обратному развитию психопатологические расстройства. В остальных случаях (n=2, 40%) преморбид определяется расстройствами личности возбудимого круга со свойственными повышенной раздражительностью, эксплозивностью, склонностью к колебаниям настроения. Вместе с тем, характерными являются и черты характера, связанные с требовательностью, настойчивостью.

На ранних этапах формирования острой психотической симптоматики обнаруживаются признаки параноидальной настороженности во время эвакуации в медицинские организации: «словно я уже на мушке», «враги смотрят прямо на меня». Клиническая картина параноидных реакций во всех случаях характеризовалась относительной ясностью сознания, сохранностью ориентировки, парциальностью бреда, частичной способностью к целенаправленным действиям и осмыслению происходящего. Содержание бреда отличается конкретностью, а именно прямой зависимостью с травмирующими переживаниями, связанными с обстановкой боя и участия в военных действиях. Необходимо также отметить постоянное содержание в структуре бредового синдрома аффекта страха, который описывается пациентами как «парализующий» и приводящий к неспособности принимать даже самые элементарные решения. Аффективный фон пациентов носил стойкий депрессивный характер с обострением преморбидных черт. У участников группы преобладал выраженный тревожно-дисфорический аффект с формированием сверхценных идей покинутости и собственной никчемности, нарушениями сна и антивитальными размышлениями.

Длительность психотических расстройств в группе обследуемых составила 0,5 (0,4; 1,2) месяца, во всех случаях на фоне антипсихотической терапии (преимущественно атипичными антипсихотиками и антиконвульсантами) наблюдалось улучшение состояния с купированием симптоматики в течение не менее 14 дней лечения. Отмечается снижение выраженности болезненных проявлений с утрачиванием остроты на 2—3 неделе лечения.

Результаты сравнения данных психометрического исследования в двух группах

По данным психометрического исследования выделенные группы статистически значимо ($p \leqslant 0{,}05$) не различались по шкале «Мини-СМИЛ» **(табл. 1)**.

Анализ данных профилей шкал тревоги Гамильтона (HARS), Алекситимии (TAS-26) и шкалы депрессии Бека (BDI) не показал статистически значимых различий ($p > 0{,}05$) между группами 1 и 2 **(табл. 2)**.

При комплексной клинико-патопсихологической оценке данных, полученных по результатам сокращенного многофакторного опросника исследования личности, пациенты первой группы продемонстрировали мень-

Таблица 1. **Результаты статистических сравнений первой и второй группы пациентов по данным шкалы «Мини-СМИЛ».**

Table 1. **Results of statistical comparisons of the first and second groups of patients according to the MMPI questionnaire**

Показатели, баллы	Группа 1, n=22	Группа 2, n=5
Сверхконтроль	3,0 [2,0; 3,75]	3,0 [3,0; 3,0]
Пессимистичность	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,0]
Эмоциональная лабильность	2,0 [2,0; 3,0]	3,0 [3,0; 3,0]
Импульсивность	3,0 [3,0; 4,0]	3,0 [3,0; 3,0]
Женственность	1,5 [0,25; 2,0]	2,0 [1,0; 2,0]
Ригидность	2,0 [1,0; 4,0]	2,0 [1,0; 4,0]
Тревожность	3,0 [2,0; 4,0]	4,0 [4,0; 5,0]
Индивидуалистичность	2,5 [1,25; 3,75]	2,0 [2,0; 5,0]
Оптимистичность	3,0 [2,0; 3,75]	2.0 [1,0; 3,0]
Интроверсия	2,0 [1,0; 3,0]	4,0 [4,0; 5,0]
Высота профиля	2,40	2,70

Таблица 2. **Результаты статистических сравнений первой и второй группы пациентов по данным шкалы тревоги Гамильтона, шкалы Алекситимии, шкалы депрессии Бека**

Table 2. **Results of statistical comparisons of the first and second groups of patients according to the Hamilton Anxiety Rating Scale, Toronto Alexithymia Scale, Beck Depression Inventory**

Переменные	Группа 1, *n*=22	Группа 2, *n*=5
Шкала тревоги Гамильтона, сумма баллов	23,0 [18,0; 26,5]	31,0 [22,0; 34,0]
Шкала тревоги Гамильтона (HARS), качественные данные, *n* (%):		
отсутствие тревоги	5 (23,0)	0 (0)
средняя выраженность тревоги	9 (41,0)	2 (40,0)
тяжелая тревога	8 (36,0)	3 (60,0)
Шкала Алекситимии, сумма баллов	77,5 [69,25; 83,0]	74,0 [69,0; 85,0]
Шкала Алекситимии, качественные данные, *n* (%):		
отсутствие алекситимии	4 (18,0)	1 (20,0)
возможно наличие алекситимии	5 (23,0)	2 (40,0)
явно выраженная алекситимия	13 (59,0)	2 (40,0)
Шкала депрессии Бека, сумма баллов	19,0 [15,25; 25,75]	22,0 [19,0; 30,0]
Шкала депрессии Бека, соматические проявления	8,0 [6,25; 11,0]	10,0 [9,0; 13,0]
Шкала депрессии Бека, когнитивно-аффективные проявления	13,0 [9,0; 17,0]	10,0 [9,0; 17,0]
Шкала депрессии Бека, качественные данные, *n* (%):		
отсутствие депрессивных симптомов	3 (14,0)	0 (0)
субдепрессия, умеренная депрессия	5 (23,0)	2 (40,0)
выраженная депрессия средней тяжести	10 (45,0)	0 (0)
тяжелая депрессия	4 (18,0)	3 (60,0)

ший уровень психопатизации по сравнению с группой реактивных психозов. Среднее значение высоты профилей в первой группе было ниже, чем во второй группе, из чего можно сделать предварительный вывод о большей психической устойчивости пациентов первой группы, что прогнозирует более быстрый выход из критического состояния в отличие от пациентов второй группы. Анализируя показатели по отдельным шкалам, видны закономерности, соответствующие основным положениям теорий, используемых для интерпретации «Мини-СМИЛ». К таким закономерностям можно отнести следующие: у второй группы исследуемых больше показателей по шкалам, соответствующих значению 3 и более. Обобщенный портрет второй группы отличается от первой повышенной эмоциональной неустойчивостью, более высокой «застреваемостью» на переживаниях, концентрации, в большей степени на себе, а не на окружающих, уход «в себя».

Повышение шкалы «Интроверсия» в профиле «Мини-СМИЛ» может быть предопределено как и особенностями личности испытуемого, так и реактивной реакцией на стресс.

Показатель шкалы «Мини-СМИЛ» «Тревожность» коррелируют с показателями шкалы тревоги Гамильтона (HARS). При этом суммарный показатель по шкале Бека (BDI) у первой группы выше, чем у второй группы. У пациентов первой группы интенсивность депрессивных проявлений по шкале Бека (BDI) в когнитивно-аффективной сфере выше, в то время как у пациентов второй группы выше интенсивность депрессивных проявлений в соматической сфере. Такой факт полагает возможность интерпретации этих данных в корреляции с гипотезой о большей степени психотизации личностной организации (средняя высота профиля «Мини-СМИЛ» у членов первой группы — 2,40, а у членов второй группы — 2,70) и видов акцентуации у пациентов, однако требует дальнейшего изучения с увеличением численности выборок, поскольку текущие данные получены лишь в результате комплексного патопсихологического обследования с анализом психометрических данных, однако не находят подтверждения при статистической обработке.

Полученные при анализе статистических данных профиля шкалы Дэвидсона для самооценки ПСТР (DTS), шкалы для клинической диагностики ПТСР (CAPS) и опросника посттравматического роста (PTGI) позволяют сделать следующие предварительные выводы **(табл. 3)**: выделенные группы статистически значимо ($p>0,05$) не различаются по шкале Дэвидсона для самооценки ПТСР (DTS) ($p=0,47$); по шкале для клинической диагностики ПТСР (CAPS) группы не имели значимых различий ни частоте ($p=0,59$), ни по интенсивности болезненных переживаний ($p=0,51$); показатели опросника посттравматического роста также не отображали существенных различий между группами, ни показателю суммы баллов ($p=0,61$), ни по одному из показателей: отношения к другим ($p=0,21$), новых возможностей ($p=0,95$), силе личности ($p=0,27$), духовых изменений ($p=0,09$), повышения целостности жизни ($p=0,43$).

Обсуждение

Несмотря на изменения условий военных действий в сравнении с XX веком, ведущими в структуре психической патологии в условиях войны остается боевая стрессовая реакция, которая в дальнейшем у части бойцов оформляется в клинически завершенную структуру посттравматического стрессового расстройства.

Таблица 3. **Результаты статистических сравнений первой и второй группы пациентов по данным шкалы для клинической диагностики ПТСР, шкалы Дэвидсона для самооценки ПСТР и опросника посттравматического роста**

Table 3. **Results of statistical comparisons of the first and second groups of patients according to the Clinician-Administered PTSD Scale, the Davidson Trauma Scale and the Posttraumatic Growth Inventory**

Переменные	Группа 1, *n*=22	Группа 2, *n*=5
Шкала Дэвидсона для самооценки ПТСР	63,0 [53,25; 85,75]	67,0 [66,0; 80,0]
Шкала для клинической диагностики ПТСР:		
частота	37,0 [30,0; 45,75]	38,0 [3,.0; 45,0]
интенсивность	30,5 [24,5; 42,5]	34,0 [33,0; 35,0]
Шкала посттравматического роста:		
отношение к другим	7,0 [4,0; 12,75]	4,0 [2,0; 6,0]
новые возможности	5,0 [2,0; 10,0]	8,0 [0,0; 14,0]
сила личности	6,5 [2,25; 9,0]	3,0 [0,0; 4,0]
духовные изменения	1,5 [0,0; 5,75]	0,0 [0,0; 0,0]
повышение целостности жизни	5,5 [4,0; 9,75]	8,0 [8,0; 12,0]
Шкала посттравматического роста, сумма баллов	27,0 [16,25; 50,0]	31,0 [10,0; 34,0]

Структура регистрируемых психотических форм гетерогенна и, судя по эпидемиологическим данным, доля этой группы расстройств в условиях боевого стресса возрастает (в нашем случае доля реактивных параноидов составила 18,5% от общего числа всех пациентов выборки). В представленной статье мы ограничились анализом данных только по реактивным параноидам, не останавливаясь на других психотических формах, регистрируемых в первые 6 месяцев после получения ранения. Диагностика параноидного синдрома у всех пациентов группы 2 не представляла затруднений, гораздо более сложной задачей было определить генез психотической реакции. Во всех представленных случаях впечатления пережитых моментов в бою определяли содержание бредовых идей. Наблюдалась тесная связь с аффектом тревоги и страха, а именно угрозы для жизни, что было облигатным фактором для манифестации психоза. Параноидную реакцию можно также рассматривать как результат снижения качества сна, переутомления, эмоционального напряжения, ранений, черепно-мозгового травматизма у всех пациентов группы, что полностью согласуется с мнением В.А. Гиляровского [16] о единстве идеогенного, эмоционального и соматического компонентов в психогенной реакции.

Заключение

Полученные результаты дают возможность сделать выводы об отсутствии значимых различий в клинических формах реактивных психотических расстройств и расстройств адаптации в условиях современных боевых действий в сравнении с войнами XX века. Таким образом, сохраняет актуальность использование стандартных психофармакологических схем лечения, доказавших свою эффективность. Однако для оценки отдаленных последствий требуется организация длительного катамнестического наблюдения за пациентами, что позволит выявить возможные поздние рецидивы, скорректировать дозировки препаратов в соответствии с индивидуальной клинической картиной, а также дифференцировать стойкие аутохтонные расстройства от ситуационно обусловленных реакций. Реализация такого подхода требует не только расширения временных рамок исследований, но и разработки междисциплинарных критериев оценки качества ремиссии, учитывающих как клинико-биологические маркеры, так и параметры социального функционирования пациентов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Helmus TC, Glenn RW. Steeling the mind: Combat stress reactions and their implications for urban warfare. *PsycEXTRA*. 2005. https://doi.org/10.1037/e426122005-001
2. Adler AB, Svetlitzky V, Gutierrez IA. Post-traumatic stress disorder risk and witnessing team members in acute psychological stress during combat. *BJPsych Open*. 2020;6(5):e98. https://doi.org/10.1192/bjo.2020.81
3. Svetlitzky V, Farchi M, Yehuda AB, et al. Witnessing acute stress reaction in team members: the moderating effect of peer-based training. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020;208(10):803-809. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001218
4. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Medical evacuations from Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn, active and reserve components, U.S. Armed Forces, 2003-2011. *MSMR*. 2012;19(2):18-21.
5. Belmont PJ Jr, Goodman GP, Waterman B, et al. Disease and nonbattle injuries sustained by a US Army brigade combat team during Operation Iraqi Freedom. *Military medicine*. 2010;175(7):469-476. https://doi.org/10.7205/milmed-d-10-00041
6. Hauret KG, Pacha L, Taylor BJ, Jones BH. Surveillance of Disease and Nonbattle Injuries During US Army Operations in Afghanistan and Iraq. *US Army Med Dep J*. 2016(2-16):15-23.

7. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Causes of medical evacuations from Operations Iraqi Freedom (OIF), New Dawn (OND) and Enduring Freedom (OEF), active and reserve components, U.S. Armed Forces, October 2001-September 2010. *MSMR*. 2011;18(2):2-7.

8. Peterson AL, Hale WJ, Baker MT, et al. Psychiatric aeromedical evacuations of deployed active duty US military personnel during Operations Enduring Freedom, Iraqi Freedom, and New Dawn. *Military medicine*. 2018;183(11-12):649-658.
https://doi.org/10.1093/milmed/usy188

9. Bohnker B, McEwen G, Blanco J, et al. Psychiatric diagnoses aboard an aircraft carrier. *Aviation, space, and environmental medicine*. 1992;63(11):1015-1018.

10. Taylor B, Patel A, Hauret K, Jones B. Deployment Surveillance Summary, US Army Operation Iraqi Freedom/Operation New Dawn/Operation Enduring Freedom, 2011. Injury Prevention Report. 2012.

11. Hill JV, Johnson RC, Barton RA. Suicidal and homicidal soldiers in deployment environments. *Military medicine*. 2006;171(3):228-232.
https://doi.org/10.7205/milmed.171.3.228

12. Kazi A., McDonnell C., Chari S. et al. A rapid review of literature on first episode psychosis among United States military service members. *Psychosis*. 2024;1-12.

13. Hann MC, Caporaso E, Loeffler G. et.al. Early interventions in a US military FIRST episode psychosis program. *Early Intervention in Psychiatry*. 2018;12(6):1243-1249.
https://doi.org/10.1111/eip.12709

14. Tan HY, Ang YG. First-episode psychosis in the military: a comparative study of prodromal symptoms. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001;35(4):512-519.
https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00912.x

15. Шамрей В.К. *Психиатрия войн и катастроф*. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015:214-216.
Shamrey VK. *Psychiatry of wars and catastrophes*. Saint Petersburg: SpecLit, 2015:214-216. (In Russ.). ISBN 9785299006469.

16. Гиляровский В.А. *Старые и новые проблемы психиатрии*. М.: Медгиз, 1946:93-103.
Gilyarovsky VA. *Old and new problems of psychiatry*. Moscow: Medgiz, 1946:93-103. (In Russ.).

Поступила 24.12.2024
Received 24.12.2024
Принята к печати 01.02.2025
Accepted 01.02.2025