

# К вопросу о верификации посттравматического стрессового расстройства и реадaptации пациентов

**Н.Е. Кравченко**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психосоматических и невротических расстройств института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ ([kravchenkone@mail.ru](mailto:kravchenkone@mail.ru)), ORCID: 0000-0001-5627-8018;

**О.А. Суетина**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психосоматических и невротических расстройств института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ ([oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)), ORCID: 0000-0003-4800-4329.

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр психического здоровья» (115522, Москва, Каширское ш., 34).

**Резюме** В статье обсуждаются разные точки зрения на некоторые клинические аспекты посттравматического стрессового расстройства, трудности его однозначной верификации, а также психологические проблемы участников вооруженных конфликтов, возникающие при возвращении их к мирной жизни.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, клиническая верификация, реинтеграция.

## On the issue of verification of post-traumatic stress disorder and readaptation of patients

**N.E. Kravchenko**<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences, senior researcher at the Department of Psychosomatic and Neurotic Disorders of the Institute of Child Psychiatry, FSBSI RNCPPZ ([kravchenkone@mail.ru](mailto:kravchenkone@mail.ru)), ORCID: 0000-0001-5627-8018;

**O.A. Suetina**<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences, senior researcher in the Department of Psychosomatic and Neurotic Disorders at the Institute of Child Psychiatry, FSBSI RNCPPZ ([oksanaanatolevna@yandex.ru](mailto:oksanaanatolevna@yandex.ru)), ORCID: 0000-0003-4800-4329.

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution "Russian Scientific Center for Mental Health" (34 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115522).

**Abstract** The article discusses different points of view on some clinical aspects of post-traumatic stress disorder, the difficulties of its unambiguous verification, as well as the psychological problems of participants in armed conflicts that arise when they return to civilian life.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder, clinical verification, reintegration.

«Когда мы на землю опустимся с гор,  
Когда замолчат автоматы,  
Когда отпылет последний костер,  
Какими мы станем, ребята?»

Игорь Морозов

Интерес к изучению последствий тяжелого психотравматического стресса, несмотря на длительную историю исследований в русле психологических, психиатрических и общемедицинских наук, до настоящего времени не угасает. Злободневность этой проблемы ни у кого не вызывает сомнений, т.к. обусловлена лавинообразным увеличением количества психогенных событий в современном мире, в том числе и стрессовых ситуаций высокой интенсивности (военные конфликты). Суть последних связана с тем, что они представляют собой угрозу не только психическому и социальному благополучию, но и физиче-

скому существованию людей и даже целых стран. В связи с этими обстоятельствами в научной печати в течение последних десятилетий появилось множество новых интересных публикаций [2, 3, 21], посвященных анализу последствий тяжелого стресса с точки зрения специалистов разного профиля (клиницистов, психиатров, психологов, социологов, историков). В основном интересы исследователей, сконцентрированы на изучении психологических, психопатологических, нейрофизиологических феноменов и последствий воздействия экстремальных стрессовых факторов (посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР),

стресс-индуцированных реакциях и состояниях). Продолжающийся военный конфликт (специальная военная операция (СВО)) в нашей стране делает подобные научные изыскания особенно необходимыми прежде всего для создания системы методов помощи и рекомендаций по реабилитации как ветеранов боевых действий, так и находившихся в зоне военного конфликта гражданских лиц (в том числе детей и подростков) с целью реинтеграции их в общество. Следует сразу оговориться, что предложенная читателям журнала работа представляет собой не столько научные штудии, сколько сопоставление разных научных высказываний на эту тему и размышления о проблемах, которые предстоит всем нам решать в недалеком будущем.

Как известно, стресс-ассоциированные нарушения могут развиваться в результате событий, которые пережил либо сам человек, либо стал их свидетелем, это может быть и неожиданная смерть близкого, и угроза жизни (смертельноопасные заболевания, насилие, природные катаклизмы, террористические акты, нахождение в зоне военных действий и т.п.), и психологические катастрофы (предательство, разрыв близких отношений). Стрессовыми событиями разной интенсивности вообще наполнена жизнь. Особенно часто эти психогенные состояния наблюдаются в ситуации войны, так отечественное эпидемиологическое исследование свидетельствует о весьма высокой распространенности ПТСР среди лиц, проживающих в зоне военных действий (31,2 %) [15]. Изучение последствий вооруженных конфликтов представляется проблемой особенно сложной, т.к. воздействие факторов войны на человеческую душу включает чрезвычайно широкий спектр психологических реакций, может приводить к изменению ценностной структуры, к трансформации личности (как в положительном, так и в отрицательном смысле) и общества в целом. В подтверждение можно привести слова историка Е.Ю. Зубковой: «Без уяснения феномена войны, вошедшей в плоть и кровь поколений, не понять хода последующей истории, механизмов общественного поведения, смены чувств и настроений людей» [8].

Согласно определению ПТСР является комплексным соматическим, когнитивным и аффективным ответом на воздействие травмирующего события и обозначает интенсивную и пролонгированную реакцию на сильные стрессоры, проявляющуюся мучительными воспоминаниями о травмирующем событии (флешбэками), включает избегание мыслей, чувств, разговоров, мест, связанных с травмирующим событием, нарушения эмоционального регулирования (раздражительность, вспышки гнева), снижение интереса к окружающему и чувство отстраненности, а также когнитивные расстройства, характеризующиеся выраженным нарушением концентрации

внимания, ухудшением памяти. [15, 16]. Вскользь упоминая историю изучения последствий военного стресса, можно отметить, что они издавна описывались представителями разных научных школ, были обобщены в множестве публикаций отечественных ученых (С.А. Суханов, А.И. Озерский, Ф.И. Иванов, Г.Е. Шумков, Е.К. Краснушкин), одним из первых на отдаленные последствия влияния боевого стресса на участников боевых действий указал В.М. Бехтерев, подчеркивая, что переживания военных событий могут сохраняться у участников в течение длительного времени [цит. по 16]. Но только в 80-х годах прошлого столетия термин «Посттравматическое стрессовое расстройство» был использован для обозначения отдельной нозологической единицы с перечислением основных диагностических критериев в американских классификациях психических болезней (DSM III, IV, V) [16]. В Международной классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10) диагноз ПТСР неоднозначен, с одной стороны, он располагается в рубрике расстройств адаптации, с другой — причисляется к категории личностной патологии: посттравматический стресс включен и в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» под шифром F43 — «реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», и также отнесен к группе расстройств личности — F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» [16]. В обзоре об эволюции взглядов на ПТСР академика РАН Е.В. Крюкова с соавт. [13] отмечено, что в клиническом плане ПТСР до сих пор представляет собой «диагностическую головоломку», т.к. несмотря на многочисленные исследования, прогресс в области клинической диагностики заметно отстает от результатов исследований в сфере нейрофизиологии.

В последней международной классификации болезней МКБ-11 диагностические критерии ПТСР были сужены и ограничены тремя элементами, включая 1) повторное переживание травмы, 2) избегание мыслей и воспоминаний о событии и 3) гипернастороженность, т.е. состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы (в качестве обязательного параметра — симптомы должны сохраняться не менее нескольких недель и вызывать выраженное ухудшение функционирования); также в МКБ-11 было введено понятие «осложненное или комплексное ПТСР», содержащее дополнительные симптомы — проблемы в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, трудности в поддержании взаимоотношений [16]. Так как в нашей стране в практическую медицину не введено использование МКБ-11, диагноз ПТСР должен выставляться в соответствии с критериями МКБ-10 как у взрослых, так и у детей. Между тем, с точки зрения детских

психиатров и психологов, клиническая картина ПТСР является возрастозависимой, а собственно травматический опыт является мощным дестабилизирующим фактором, который искажает процесс и стадии развития у детей и подростков [19]. У юных несовершеннолетних пациентов симптомы травматического расстройства развития могут не только утяжелять клиническую картину ПТСР, но и являться причиной дополнительных проблем с психическим здоровьем в последующей жизни [4, 5]. Диагностические дилеммы остаются центральной проблемой в области детской психотравматологии в связи с высокой степенью клинического перекрытия симптомов, которые с одной стороны, могут быть критериями ПТСР, а с другой — являться ядром другого расстройства (депрессивного, тревожного и др.). Это положение вещей создает риск диагностических ошибок, создавая трудности диагностической верификации и вычленения точных целей для терапевтического вмешательства [17]. По мнению изучавших эти вопросы авторов [17, 19], ключевой особенностью клинических проявлений ПТСР у детей является их несоответствие классическим диагностическим критериям, описанным у взрослых, в частности, для подростков военная психотравма сопряжена с экзистенциальным кризисом, риском развития коморбидных расстройств (депрессии, тревоги, девиаций поведения), в результате строгое следование «взрослым» критериям может привести не только к несвоевременному распознаванию психогенного состояния, но и запоздалому оказанию необходимой помощи. Нельзя не согласиться с точкой зрения академика Е.В. Крюкова с соавт., что в дальнейших исследованиях наиболее целесообразным будет поиск более четких клинических симптомов и признаков, обладающих «ПТСР-патогномоничностью» [13].

Вопрос о развитии того или иного типа реакции на тяжелый стресс также остается не до конца уточненным. Считается, что манифестация ПТСР ассоциирована с влиянием множества факторов (тяжестью и продолжительностью стрессового воздействия, личностными особенностями пострадавшего, особенностями социального и микросоциального окружения и т.д.). Еще М.О. Гуревич и М.Я. Серейский [6] писали, что «одна и та же травма (например, при массовых бедствиях) различно действует на разных лиц, вызывая те или иные расстройства психических функций, в зависимости от индивидуальных особенностей субъекта», подчеркивая, что «определенной структуре характера или определенной психопатии более свойственны одни и менее свойственны другие формы психогенных реакций», указывая также, что «особенности психогенных реакций определяются рядом факторов: эндогенным и приобретенным предрасположением, соматическим состоянием, внезапностью или длительностью

психотравмы и ее качеством. Основанное на большом военно-клиническом опыте суждение высказывал в своих работах Е.К. Краснушкин [12], с его точки зрения «психогенные реакции, несмотря на единство причины, оказываются неоднородными в своем патогенетическом построении», «по линии конституционального и приобретенного предрасположения осуществляется со временем отбор предрасположенных к психогении из общей массы людей, подвергающихся психогенному воздействию», «единный и взаимно связанный ряд их одним концом — своими реакциями «глубинной личности» — упирается в экзогенные заболевания, другим же концом — характерогенными реакциями, в своих наиболее ярких представителях — параноиках — в эндогенные расстройства». Таким образом, обобщая вышесказанное, можно заключить, что наблюдаемые отечественными психиатрами в период Великой Отечественной войны и послевоенное время психогенные реакции образуют континуум от психологически понятных реакций «глубинной личности» до патологических состояний, примыкающих по своей патогенетической сущности к эндогенному полюсу психической патологии. Несмотря на то, что ПТСР интимно связано с известным этиологическим фактором (стрессом) до сих пор остаются неясными патогенетические механизмы этого расстройства, почему у одних оно возникает, у других нет.

Богатый фактический материал для исследования накоплен отечественными военными психологами. Современная военная ситуация, характеризующаяся высокой интенсивностью боестолкновений, применением новейших видов вооружений, информационно-психологическим противоборством, формирует сложную, стрессогенную и травматогенную среду для ее участников, приводит к изменениям нервно-психического статуса, поведения и личности участников в соответствии с требованиями боя [10]. По словам А.Г. Караяни и С.А. Проценко [11] «специальная военная операция российских войск на Украине кардинально изменила прежние представления о психологических последствиях участия в боевых действиях». Они подчеркивают, что психогенные образования у участников боевых событий могут быть представлены не только реакциями, связанными с психической травматизацией, развитием ПТСР и другими стресс-ассоциированными расстройствами, но и выступать в виде таких положительных психологических проявлений, как посттравматический личностный рост, возмужание, обретение психологической и жизненной мудрости. Участники боевых действий по-разному переживают последствия своего боевого опыта и среди них есть особая категория людей, которые объединяются понятием «не вернувшиеся с войны», для которых

война стала желаемым местом жизни, и они либо выбирают способы возвращения в зону военных событий, либо предпочитают различные формы деятельности, которые по каким-то параметрам схожи с военной обстановкой. Изучение этих комплексов позволило современным исследователям увидеть и уточнить то, что несомненно наблюдали военные психологи и психиатры прошлых лет: психологические последствия участия в боевых действиях содержат в себе множество психологических форм и типов реакций, которые образуют спектр многообразных психогенных образований, представляя собой континуум от нормы до патологии. Особую психогенно обусловленную личностную структуру «не вернувшихся с войны» авторы связывают с так называемой «хронизацией боевого Я», подчеркивая, что для интеграции этой категории участников войны в мирный социум необходимо четко представлять стратегии психологической работы с ними. Последствия боевого опыта формируют определенные психологические синдромы и реакции, включающие способы восприятия себя и мира, намерения, мотивы, жизненные смыслы. Различные формы «хронизации боевого Я» могут выступать в виде профи-комплекса, адренал-комплекса, зомби-комплекса, Рэмбо-комплекса, комплекса «солдата удачи», а их развитие тесно спаяно с иерархией ценностей личности. Обосновывая рекомендации по психологической помощи ветеранам, авторы указывают на важность понимания психологических механизмов формирования основных видов хронизации боевого Я, подчеркивая, что эти комплексы по своей психологической сути не являются патологическими, в основе их находится фрустрация, не удовлетворенные обществом и различающиеся (в зависимости от типа комплекса) насущные психологические потребности. Как свидетельствуют авторы статьи, особая категория «не вернувшихся с войны» охватывает многие тысячи ветеранов боевых действий и с окончанием СВО они будут возвращаться домой. Авторы подчеркивают, что несмотря на то, что в отличие от ПТСР, описанные комплексы не являются патологическими образованиями, они зачастую препятствуют нормальной реадaptации, возвращению в мирную жизнь, приводят к возникновению проблем в семье и в общении с окружающими, а в случаях утраты смысла жизни создают риск развития позднего ПТСР [11]. Часть ветеранов интегрируется в мирную жизнь, демонстрируя не только восстановление, но и посттравматический рост [2, 10]. В таких случаях, как писал в своих трудах М.Ш. Магомед-Эминов, травматический рост определяется смысловой работой личности, переживая страдания человек трансформирует себя и свой мир, а время определяется из горизонта невремени [14]. Другие же участники войны, находящиеся на противоположном по-

люсе, переживают тяжелый посттравматический синдром и страдают от ассоциированных с ПТСР психических нарушений (депрессии, тревоги, болезней зависимости, происходящей с ними личностной деформации) [7]. Клинический опыт свидетельствует, что травма — это не только то, что воздействует на человека, но и то, как он переживает это воздействие, в результате один выходит из ситуации тяжелого стресса закаленным, другой — больным и разбитым [2, 7, 20]. Как правило, боевая психическая травма не ограничивается пределами театра военных действий, т.к. манифестация ее клинических проявлений нередко происходит спустя месяцы и даже годы после возвращения ветеранов к мирной жизни [20].

По свидетельству изучавшей военную историю XX века Е.С. Сениявской [18] проблема «выхода из войны» не менее, а быть может, и более сложна, чем проблема «вхождения» в нее. Противоречивость воздействия специфических условий войны на психологию ее участников сказывается в течение длительного периода после ее окончания, демонстрируя многообразный спектр психологических явлений, в которых изменения человеческой психики колеблются от ярко выраженных, явных патологических форм до внешне малозаметных, скрытых, пролонгированных, как бы «отложенных» во времени реакций. Вернувшиеся с войны ветераны не могут стать прежними, «как все», принять новые правила и законы жизни, от которых уже отвыкли или после всего пережитого считают их неприемлемыми. По её наблюдениям, психологический потенциал участников войны для общества в целом имеет противоречивое значение, соединяя две основных тенденции — созидательную и разрушительную, и то, какая из сторон этого потенциала — позитивная или негативная — окажется преобладающей в мирной жизни, зависит от состояния самого общества и его отношения к фронтовикам. Оказывая помощь ветеранам, нельзя забывать, что окончательный диагноз, как заключение о болезни и состоянии пациента содержит в себе знания о сущности патологического процесса (его причинах, механизмах развития, динамике и т.д.), в связи с этим необходимы максимально индивидуализированные подходы при верификации психопатологического состояния, учитывающие индивидуальные особенности данного конкретного человека, т.к. результат может касаться его дальнейшей жизни и судьбы [1]. Выход из войны нам еще предстоит преодолеть, а «психологическая реадaptация участников боевых действий превращается из профессиональной задачи в вопрос национальной безопасности и социальной стабильности, поскольку от её успешного решения зависит социальное и психологическое благополучие не только сотен тысяч ветеранов боевых действий и их семей, но и всего российского общества» [9, 10].

## Литература

1. Алехин А.Н. Методологический диагноз психологической диагностики. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.04.2026).
2. Баранов М.Л., Чайка Ю.А. Посттравматический рост у ветеранов боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. 2026. Т. 36. № 1. С. 29–40. EDN: PUUVFK.
3. Баранов М.Л., Чайка Ю.А., Джангильдин Ю.Т. Клинико-психопатологическая структура посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у комбатантов в зависимости от характера боевых задач // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2026. Т. 19. № 2 (193). С. 198–203. DOI: 10.33920/med-01-2602-02 EDN: ZFCKBE.
4. Горнушенков И.Д., Бархатова А.Н. Чайка Ю.А. гл.1. Концептуализация травмы развития в контексте хронического экстремального стресса: от единичного события к экосистемной травме, с.19–31 Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 с.
5. Горнушенков И.Д., Коваль-Зайцев А.А., Бархатова А.Н., Чайка Ю.А., Максимов И.В. Психотерапевтическая помощь детям и подросткам с посттравматическим стрессом, приобретенным вследствие военных конфликтов: обзор литературы и протокол вмешательства // Психическое здоровье. 2026. Т. 21. № 4. С. 22–30. DOI: 10.25557/2074-014X.2026.04.22-30 EDN: ZANCZB.
6. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии. 5-е изд., М.: Медгиз, 1946. — С. 370–376.
7. Ефремова Д.Н. Психологические аспекты мотивации выживания участников боевых действий. СТПН 2025, №3, С.30–35 DOI: 10.32416/2304-9707-2025-3-30-35.
8. Зубкова Е.Ю. Общество и реформы 1945—1964. (Серия “Первая монография” под редакцией Г.А. Бордюгова). — М.: ИЦ “Россия молодая”, 1993 — 200 с
9. Караяни, А.Г. Психологические последствия участия в боевых действиях: «не ПТСРом единым». Российский военно-психологический журнал, 2023. 2(2), 75—83. <https://doi.org/10.25629/RMPJ.2023.02.07>.
10. Караяни А.Г. Посттравматический рост и реадaptация участников боевых действий: современные научные представления. «Личность, ресурсы и потенциал» 2025. — №4 (28), С.9–22.
11. Караяни А.Г., Проценко С.А. «Не вернувшиеся с войны». Феномен хронизации боевого Я у ветеранов боевых действий. Экстремальная психология и безопасность личности, 2026. — 3(1), 210–224. <https://doi.org/10.17759/epps.202603011>.
12. Краснушкин Е.К. Психогенный фактор душевных расстройств в военное время / В сб.: Проблемы психиатрии военного времени. — М., 1945.– С. 207–218.
13. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Колодин С.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов. Психиатрия. 2023. — 21(4):57–71. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-57-71>.
14. Магомед-Эминов М.Ш. Феномен посттравматического роста. Вестник ТГУ, 2009. — выпуск 3 (71), 2009 С.111–117.
15. Петрова Н.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство СТПН 2026, №1, С.6–12 DOI: 10.32416/2304-9707-2026-1-6-12.
16. Петрова Н.Н., Игумнов С.А., Станько Э.П. Посттравматическое стрессовое расстройство: учебное пособие — Москва: ГЭОТАР Медиа, 2025. — 160 С. DOI: 10.33029/9704-8929-1-PSS-2025-1-160.
17. Попова Г.А., Горнушенков И.Д. Гл.6 Коморбидность симптомов посттравматического стресса у детей и подростков с депрессивными, тревожными и поведенческими расстройствами в контексте военных конфликтов: диагностические дилеммы с.100–118. Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 с.
18. Сенявская Е.С. Психология войны в XX веке: исторический опыт России. — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 1999. — 383.
19. Сорокин С.А., Марголина И.А., Горнушенков И.Д. Гл.5 Феноменология и возрастная динамика посттравматического стресса у детей и подростков, возникшего под влиянием военного конфликта с.83–99. Травматический стресс у детей в условиях военных конфликтов. Коллективная монография под редакцией д.м.н. Ю.А. Чайки — М.: ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. —384 С.
20. Сукиасян С.Г., Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Тадевосян М.Я., Косенко В.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Эволюция понятия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(6):144–151. [doi.org/10.17116/jnevro2019119061144](https://doi.org/10.17116/jnevro2019119061144).
21. Чайка Ю.А., Баранов М.Л. Современное состояние проблемы агрессии в психиатрии // Психиатрия. — 2025. — Т. 23, № 1. — С. 98–112. — DOI 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112. EDN JAOLZG.