

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

**БОЕВАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА КАК ПРЕДИКТОР  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У  
УЧАСТНИКОВ СВО**

*Докладчики:*

*Заведующий Республиканским центром аффективной патологии и  
суицидологии ГБУ ДНР РКПБ Ксёنز А.В.*

*Врач-психиатр Республиканского центра аффективной патологии и  
суицидологии ГБУ ДНР РКПБ Абрамова Е.А.*

Специальная военная операция (СВО), представляет собой сложный феномен, оказывающий глубокое воздействие на психическое здоровье военнослужащих, вовлеченных в зону боевых действий. Высокая интенсивность вооруженного противостояния, применение современных технологий ведения войны, пролонгированные периоды пребывания в условиях конфликта и выраженное морально-психологическое напряжение формируют уникальную совокупность стрессогенных факторов. Эти обстоятельства обуславливают повышенную частоту и тяжесть боевых психических травм (БПТ), которые, как демонстрируют клинические наблюдения, выступают значимым этиопатогенетическим звеном в развитии посттравматических стрессовых состояний (ПТСС), включая их манифестацию в форме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Актуальность изучения данного процесса определяется не только его высокой распространенностью среди контингента участников боевых действий, но и необходимостью разработки научно обоснованных подходов к профилактике и коррекции психопатологических последствий.

С психиатрической точки зрения, БПТ характеризуется как острый или хронический стрессовый ответ, нарушающий психоэмоциональное равновесие и приводящий к формированию устойчивых патологических состояний. Особое значение имеет сочетание психических травм с физическими повреждениями, такими как ранения или контузии, что существенно повышает риск развития долговременных психопатологических последствий. В контексте СВО данный процесс усугубляется высокой динамикой боевых действий и отсутствием достаточных периодов восстановления, что делает БПТ значимым фактором риска для психического здоровья участников. Таким образом, анализ БПТ в условиях современных вооруженных конфликтов подчеркивает необходимость углубленного изучения её роли в формировании ПТСС и разработки адаптированных стратегий психотерапевтической помощи.

Боевая психическая травма выступает значимым предиктором посттравматических стрессовых состояний благодаря своей способности нарушать фундаментальные психологические структуры личности, отвечающие за эмоциональную регуляцию и адаптацию. Первичное травматическое воздействие инициирует каскад патологических реакций, включающих навязчивые воспоминания, избегание ассоциативных триггеров и состояние гипервозбудимости, которые составляют клиническую основу ПТСС. В условиях СВО такие триггеры могут быть связаны с конкретными сенсорными стимулами, включая звуки артиллерийских обстрелов, визуальные образы разрушенных территорий или эмоционально насыщенные воспоминания о гибели товарищей, что усиливает выраженность симптомов.

Травматический опыт может приводить к формированию устойчивых невротических реакций, особенно при наличии черепно-мозговых травм. Например, у 15–20% военнослужащих с легкими контузиями в течение 6 месяцев наблюдаются симптомы тревожности и депрессии, что указывает на более широкий спектр последствий БПТ. БПТ нарушает не только эмоциональную сферу, но и социальное функционирование, что усиливает дезадаптацию и способствует хронизации ПТСС. Таким образом, механизмы связи БПТ и ПТСС включают как прямые последствия травматического опыта, так и опосредованные факторы, связанные с физическими и социальными последствиями, что подчеркивает многофакторную природу данного процесса.

Особое значение в патогенезе боевой психической травмы имеет влияние социальных и морально-этических факторов, которые оказывают не менее значительное воздействие на психическое здоровье военнослужащих, чем физические или психические стрессы, возникающие в боевых условиях. В условиях вооружённого конфликта военнослужащие сталкиваются с морально-этическими дилеммами, которые становятся важным компонентом травматизации и развития психопатологических расстройств.

Переживания, связанные с утратой сослуживцев в боевых условиях, играют одну из ведущих ролей в развитии боевой психической травмы. Утрата близких по духу людей, с которыми военнослужащий пережил многочисленные испытания, является тяжёлым эмоциональным событием, способным вызвать глубокие расстройства адаптации. В условиях боевых действий утрата товарища может служить не только источником острого стресса, но и фактором риска для развития хронических психопатологических расстройств, таких как депрессия или тревожные расстройства.

Не менее важным аспектом является процесс социальной адаптации после демобилизации, когда военнослужащие сталкиваются с трудностями, связанными с возвращением в мирную жизнь. Проблемы, возникающие в процессе адаптации к гражданской жизни, такие как потеря социального статуса, утрата связей с сослуживцами и трудности с восстановлением нормальных межличностных отношений, могут значительно усугублять психическое состояние участников боевых действий. В условиях СВО отсутствие полноценного периода восстановления и постоянные стрессы во время службы способствуют тому, что возвращение в мирную жизнь становится источником дополнительного стресса и усиливает проявления ПТСС. У военнослужащих, вернувшихся из зоны боевых действий, наблюдается нарушение адаптации в первый год после демобилизации, что сопровождается развитием психопатологических расстройств депрессивного или тревожного спектра.

Связь боевой психической травмы с посттравматическим стрессовым расстройством активно изучается в контексте современных вооруженных конфликтов, включая специальную военную операцию. Исследования показывают, что высокая интенсивность боевых действий и длительное пребывание в зоне конфликта значительно повышают риск развития ПТСР. Современные боевые операции создают условия, в которых травматический потенциал достигает экстремальных значений, особенно при сочетании физических травм с психологическим стрессом. Наблюдения за участниками СВО подтверждают, что эти факторы формируют устойчивые патологические реакции, включая флешбэки, гипервозбудимость и нарушения адаптации.

Клиническая практика иллюстрирует связь БПТ и ПТСР через конкретные случаи. Один из них — 30-летний военный служащий после контузии, у которого развились навязчивые воспоминания о взрывах и приступы тревоги, сохранявшиеся более года. Другой случай касается участника СВО, у которого после потери товарища наблюдались хроническая бессонница и избегание социальных контактов спустя шесть месяцев после демобилизации. Третий пример — 35-летний боец, у которого после интенсивных боёв появились панические атаки и гипервозбудимость через три месяца после возвращения.



Статистические данные подтверждают распространенность ПТСР среди участников боевых действий. Частота ПТСР в общей выборке оценивается в 10–15%, но при наличии серьезных травм этот показатель возрастает до 20–25%. Длительный боевой опыт и отсутствие социальной поддержки увеличивают риск хронических расстройств в 2–3 раза, а у 12–18% участников боевых действий фиксируются сопутствующие состояния, такие как тревожность и депрессия. Эти данные подчеркивают значимость ПТСР как последствия БПТ и необходимость комплексного подхода к реабилитации.

Перспективы будущих исследований связаны с углубленным изучением долгосрочных последствий БПТ у участников СВО. Необходимо сосредоточиться на разработке более точных диагностических инструментов, способных выявлять скрытые симптомы на ранних стадиях, особенно у лиц, склонных подавлять эмоциональные реакции. Исследования также должны охватывать влияние современных технологий ведения войны, таких как использование дронов и киберугроз, на психическое здоровье военнослужащих, что представляет собой новый стрессовый фактор. Дополнительное внимание следует уделить роли социальных сетей и информационного давления в формировании ПТСР, учитывая их значимость в текущих конфликтах. Разработка и валидация адаптированных методов лечения, включая групповую терапию и программы реинтеграции, также остаются приоритетными направлениями, требующими эмпирической проверки.

Полученные выводы о роли боевой психической травмы как предиктора посттравматических стрессовых состояний и ПТСР у участников специальной военной операции (СВО) подчеркивают необходимость внедрения конкретных мер для специалистов, работающих с военнослужащими. Эти рекомендации направлены на раннее выявление, профилактику хронизации и эффективную реабилитацию, сочетая медицинские, психологические и социальные подходы.

1. Обязательный скрининг после ротаций: для минимизации риска хронизации ПТСР рекомендуется внедрение систематического скрининга психического состояния военнослужащих сразу после завершения ротаций или демобилизации. Использование стандартизированных анкет, таких как опросники на выявление интрузивных симптомов, гипервозбудимости и избегания, позволяет оперативно идентифицировать лиц с признаками БПТ. Это особенно важно в условиях СВО, где кумулятивный эффект стрессоров может оставаться скрытым.

2. Интеграция клинических интервью: психиатрам и психологам следует проводить полуструктурированные клинические интервью для выявления субклинических форм ПТСС, включая чувство вины или моральные дилеммы, которые часто упускаются в анкетах. Такой подход обеспечивает индивидуализированную оценку и раннее вмешательство, снижая вероятность прогрессирования симптомов до ПТСР.

3. Нейропсихологическое тестирование: при наличии физических травм (контузий, ранений) рекомендуется использование нейропсихологических тестов для оценки когнитивных нарушений, таких как снижение внимания или памяти. Это помогает дифференцировать ПТСР от органических изменений и адаптировать реабилитационные меры.

4. Комплексные реабилитационные программы: для преодоления социальной изоляции и стигматизации необходимо разрабатывать программы, включающие когнитивно-поведенческую терапию для коррекции интрузивных воспоминаний, групповые занятия для восстановления социальных связей и семейное консультирование для поддержки реинтеграции. Эти меры должны быть доступны как военнослужащим, так и их близким.

5. Социальная поддержка: создание групп поддержки для военнослужащих и их семей, а также информационных кампаний для снижения стигматизации психических расстройств в обществе. Это укрепляет междисциплинарный подход, объединяя усилия специалистов и социальных структур.



Практические рекомендации подчеркивают важность междисциплинарного подхода, объединяющего медицинские, психологические и социальные ресурсы, чтобы обеспечить эффективную помощь. Это особенно актуально в условиях современных конфликтов, где уникальные стрессоры требуют гибких и инновационных решений для восстановления психического здоровья военнослужащих.

БЛАГОДАРЮ  
ЗА  
ВНИМАНИЕ!