

Анализ проблем диагностики боевого посттравматического стрессового расстройства в психиатрическом стационаре

Рябинина Д.А.¹, Зоркина Я.А.^{1,2}, Резник А.М.^{1,3,4,5,6}, Очнева А.Г.^{1,2}, Закуражная В.И.¹, Цурина А.М.¹, Чернов А.С.¹,
Левин А.М.¹, Дмитриев А.С.¹, Дмитриева С.А.¹, Козырева А.В.¹, Каленкович А.В.¹, Егорова А.В.¹, Кучеренко О.В.¹,
Костюк Г.П.^{1,3,6,7}, Морозова А.Ю.^{1,2}

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет», Москва, Россия

⁴ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

⁵ГБУЗ Московской области «Психиатрическая больница № 5», Хотьково, Россия

⁶ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

⁷ФГАУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Дарья Анатольевна Рябинина, ryabininaDA1@zdrav.mos.ru

Резюме

Обоснование: в последние годы становится актуальным изучение психологических и психиатрических последствий участия в военных действиях нашего времени. **Цель:** определить и оценить ведущие психопатологические симптомы у ветеранов специальной военной операции (СВО), а также сопоставить диагнозы при поступлении и выписке из стационара. **Пациенты и методы:** обследовано 140 мужчин — ветеранов вооруженных конфликтов, проходивших лечение в Психиатрической клинической больнице №1 им. Н.А. Алексеева в период с 2023 по 2024 г. Средний возраст участников составил $34,2 \pm 8,3$ года. Проведен клиничко-психопатологический анализ выявленных симптомов и факторов риска у пациентов. **Результаты:** исследование выявило высокую распространенность симптомов тревоги (75,7%) и депрессии (51,4%) среди участников СВО с предварительным диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). Анализ симптомов ПТСР показал, что интрузия (72,1%) является наиболее распространенной. Подтверждена высокая частота встречаемости органических психических расстройств, обусловленных черепно-мозговой травмой (ЧМТ) (26,4%), ПТСР (18,6%) и аффективных расстройств (20%). Кроме того, выявлены пациенты с подтвержденными предварительными диагнозами шизофренического спектра (15,7%). **Выводы:** в клинической практике феноменология психических расстройств вследствие боевого стресса характеризуется разнообразием симптомов, многие из которых не являются специфичными для ПТСР и поэтому не входят в набор диагностических критериев. Наблюдаемая доминирующая выраженность нарушений аффективного регистра, расстройств поведения, астении и отдельных симптомов органического поражения головного мозга определяет изменение диагноза от первичного осмотра к моменту выписки с уменьшением частоты диагностированного ПТСР. Несмотря на наличие ведущих или даже типичных симптомов ПТСР, следует уделять внимание другим жалобам и психопатологическим признакам, так как они могут быть преобладающими в картине болезни, оказывать значительное влияние на качество жизни пациента и становиться наиболее важной или перспективной мишенью терапии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), боевое ПТСР, специальная военная операция (СВО), боевой стресс, боевая психическая травма, тревожные расстройства, депрессия, черепно-мозговая травма (ЧМТ), контузия

Финансирование: исследование выполнено с использованием гранта АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении» (соглашение № 0903-7/23 от 22 мая 2023 г.) в рамках научно-исследовательского проекта «Разработка методов комплексной диагностики психических расстройств, связанных с травматическим стрессом».

Для цитирования: Рябинина Д.А., Зоркина Я.А., Резник А.М., Очнева А.Г., Закуражная В.И., Цурина А.М., Чернов А.С., Левин А.М., Дмитриев А.С., Дмитриева С.А., Каленкович А.В., Козырева А.В., Егорова А.В., Кучеренко О.В., Костюк Г.П., Морозова А.Ю. Анализ проблем диагностики боевого посттравматического стрессового расстройства в психиатрическом стационаре. *Психиатрия*. 2025;23(2):19–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-19-31>

RESEARCH

UDC 616.89; 616.891; 616.895

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-19-31>

Analysis of Problems Associated with Diagnostics Combat Post-Traumatic Stress Disorder in a Psychiatric Hospital

Riabinina D.A.¹, Zorkina Y.A.^{1,2}, Reznik A.M.^{1,3,4,5,6}, Ochneva A.G.^{1,2}, Zakurazhaia V.I.¹, Tsurina A.M.¹, Chernov A.S.¹,
Levin A.M.¹, Dmitriev A.S.¹, Dmitrieva S.A.¹, Kozyreva A.V.¹, Kalenkovich A.V.¹, Egorova A.V.¹, Kucherenko O.V.¹,
Kostyuk G.P.^{1,3,6,7}, Morozova A.Yu.^{1,2}

¹Psychiatric hospital No. 1 named after N.A. Alexeev of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

²The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

³Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Moscow, Russia

⁴Psychiatric hospital No. 4 named after P.B. Gannushkin of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

⁵Moscow Regional Psychiatric Hospital No 5, Khotkovo, Russia

⁶Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

⁷I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Darya A. Ryabinina, ryabininaDA1@zdrav.mos.ru

Summary

Background: in recent years, it has become relevant to study the effects of military operations on the mental health of veterans. **The aim was** to identify and evaluate the leading psychopathological symptoms in veterans of a special military operation (SMO), as well as to compare diagnoses upon admission and discharge from the hospital. **Patients and Methods:** 140 male veterans of local wars and armed conflicts who were treated at N.A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No. 1 in the period from 2023 to 2024 were examined. The average age of the participants was 34.2 ± 8.3 years. During the study, a clinical and psychopathological analysis of the identified symptoms and risk factors in patients was carried out. **Results:** the study revealed a high prevalence of anxiety (75.7%) and depression (51.4%) among participants with a preliminary diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). An analysis of the symptoms of PTSD showed that intrusion (72.1%) is the most common. The high incidence of organic mental disorders caused by traumatic brain injury (TBI) (26.4%), PTSD (18.6%) and affective disorders (20%) was confirmed, in addition, the presence of patients with preliminary diagnoses of the schizophrenic spectrum (15.7%) was noted, which are subsequently confirmed. **Conclusions:** in clinical practice, the phenomenology of mental disorders due to combat stress is characterized by a variety of symptoms, many of which are not specific to PTSD and therefore are not included in the set of diagnostic criteria. The observed dominant severity of affective register disorders, behavioral disorders, asthenia and individual symptoms of organic brain damage determines the evolution of the diagnosis from the initial examination to the time of discharge with a decrease in the frequency of diagnosed PTSD. Despite the presence of leading or even typical symptoms of PTSD, attention should be paid to other complaints and psychopathological signs, since they can be predominant in the picture of the disease, have a significant impact on the patient's quality of life and become the most important or promising target of therapy.

Keywords: Post-traumatic stress disorder (PTSD), combat PTSD, special military operation (SMO), combat stress, combat mental trauma, anxiety disorders, depression, traumatic brain injury (TBI), concussion

Funding: the study was carried out using a grant from the ANO "Moscow Center for Innovative Technologies in Healthcare" (agreement No. 0903-7/23 of May 22, 2023) for the purpose of the research project "Development of methods for the complex diagnosis of mental disorders associated with traumatic stress".

For citation: Riabinina D.A., Zorkina Y.A., Reznik A.M., Ochneva A.G., Zakurazhaia V.I., Tsurina A.M., Chernov A.S., Levin A.M., Dmitriev A.S., Dmitrieva S.A., Kozyreva A.V., Kalenkovich A.V., Egorova A.V., Kucherenko O.V., Kostyuk G.P., Morozova A.Yu. Analysis of Problems Associated with Diagnostics Combat Post-Traumatic Stress Disorder in a Psychiatric Hospital. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(2):19–31. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-19-31>

Список сокращений

СВО — специальная военная операция

ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство

РБС — реакции боевого стресса

ЧМТ — черепно-мозговая травма

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МКБ-11 — Международная классификация болезней 11-го пересмотра

СОЧ — самовольная отлучка из части

ЦНС — центральная нервная система

ВВЕДЕНИЕ

ПТСР является наиболее распространенным психическим последствием боевых действий, характеризующимся высокой степенью сопутствующей патологии и значительным влиянием на социальную адаптацию [1]. По данным авторов, показатели распространенности стрессовых расстройств демонстрируют значительную вариабельность [2]. Например, в благоприятные периоды жизни общества уровень заболеваемости ПТСР составляет 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин [3]. В военных популяциях точечная распространенность (доля случаев на определенный момент времени) колеблется от 1,2% до 87,5%, годовая распространенность (доля случаев за прошедший год) варьируется от 6,7% до 50,2%, а пожизненная распространенность (доля случаев за всю жизнь) составляет от 7,7% до 17,0% [2]. Во время боевых действий на Северном Кавказе в 1994–1996 гг. реакции боевого стресса (РБС) наблюдались более чем у 70%

российских военнослужащих [4]. При изучении показателей заболеваемости, основанных на данных Медицинской эпидемиологии Министерства обороны США, которые включали 182 400 военнослужащих, находившихся на действительной военной службе в период с 2001 по 2017 г., выявлена тенденция к устойчивому росту заболеваемости ПТСР в действующей армии [5]. Так, показатели заболеваемости ПТСР на 1000 военнослужащих увеличились с 1,24 в 2002 г. до 12,94 в 2016 г. В отношении гендерных различий большинство исследований свидетельствуют о том, что ПТСР встречается почти в два раза чаще у женщин, за исключением специфической группы ветеранов боевых действий [6]. Известно, что ПТСР может развиваться в течение 1–6 месяцев после травматического события, однако ПТСР с отсроченным началом (> 6 месяцев после травмы) наблюдается в 24,5% случаев, особенно среди профессиональных групп, таких как ветераны, где распространенность ПТСР вдвое выше по сравнению с непрофессиональными группами [3].

ПТСР может привести к развитию хронических состояний, снижающих трудоспособность и качество жизни, создавая потребность в комплексной поддержке в сфере трудоустройства, жилья и социальной адаптации [7]. Негативное воздействие ПТСР на трудовую деятельность, включая потенциальные потери в межличностных отношениях и снижение производительности, является существенным фактором, усугубляющим социально-экономические последствия данного расстройства. Социально-экономические и психиатрические факторы могут оказывать влияние на риск развития ПТСР, а также на его последствия для здоровья, потребности в медицинской помощи и общее

функционирование. Последствия ПТСР создают значительное экономическое бремя не только для лиц, переживших травму и страдающих ПТСР, но и для системы здравоохранения и общества в целом.

Исследования показывают, что ПТСР более чем в 80% случаев сопутствует другим психическим расстройствам [8]. К наиболее распространенным коморбидным состояниям относятся большая депрессия, генерализованное тревожное расстройство, дистимия, алкогольная и другие химические зависимости, паническое и соматизированное расстройства. В некоторых публикациях указывается на высокую частоту сопутствующих ПТСР психотических симптомов [9]. Наличие коморбидной психической патологии, характеризующейся разнообразными сочетаниями симптомов и особенностей психического состояния, часто усложняет клиническую картину ПТСР, а сочетание с аффективными и тревожными расстройствами усугубляет тяжесть ПТСР [10]. Важная составляющая проблемы психического здоровья ветеранов — злоупотребление и зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ как во время боевых действий, так и в послевоенный период. Таким образом, к настоящему времени складывается общее представление, что ПТСР — это сложное по механизмам развития и клиническим проявлениям психическое расстройство, которое часто недооценивается, некорректно диагностируется, что приводит к значительным личным, социальным и экономическим последствиям [11].

Высокая степень коморбидности, трудность оценки выраженности и преобладания в клинической картине конкретных симптомов и синдромов затрудняет дифференциальную диагностику психических расстройств у ветеранов. Все это требует анализа не только сопряженности и степени выраженности психических нарушений, но и знаний в области дифференциальной диагностики коморбидных психических расстройств при ПТСР в условиях стационара, а также разработки рекомендаций по дифференцированной синдромальной квалификации предварительного диагноза у пациентов с признаками ПТСР.

Цель работы: выявить представленность и сочетание психопатологических симптомов и синдромов и проследить этапы диагностики психических расстройств у участвовавших в СВО военнослужащих рядового состава, мобилизованных и проходящих службу по контракту.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено клинико-психопатологическое исследование 140 мужчин, участников специальной военной операции (СВО), находившихся на стационарном лечении в Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева (ПКБ №1) в период с мая 2023 по май 2024 г. Пациенты были госпитализированы как по неотложным показаниям, так и самостоятельно обращались за помощью в психиатрическую больницу.

Этические аспекты

Исследование проводилось добровольно после подписания информированного согласия и с соблюдением принципов Хельсинкской декларации 1964 г. и ее пересмотренного варианта в 1975–2020 гг. и было одобрено Локальным этическим комитетом Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева (протокол заседания № 6 от 11 августа 2023 г.). Обязательным условием для включения в исследование было согласие на обработку персональных данных. Информирование включало в себя разъяснение потенциальным участникам цели, методов и протокола исследования с возможностью задать уточняющие вопросы.

Ethical aspects

All patients signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Psychiatric hospital No. 1 named after N.A. Alexeev (protocol No. 6 from 11.08.2023). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended in 1975–2020.

Критерии включения: участие в СВО, мужской пол, принадлежность к рядовому или младшему командному составу Вооруженных Сил РФ, прохождение службы по контракту или по призыву согласно Указу Президента РФ № 637 от 21.09.2022 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации», наличие психического расстройства, в связи с которым пациент нуждался в оказании медицинской помощи, добровольное согласие на лечение в психиатрическом стационаре и обработку персональных данных.

Критерии не включения или исключения из исследования: отсутствие сведений об участии в СВО, женский пол, прохождение военной службы по контракту в звании офицера или прапорщика, отсутствие показаний для лечения в психиатрическом стационаре, недобровольное лечение в психиатрическом стационаре, отказ от участия в наблюдении и от обработки персональных медицинских данных.

Рассмотрены частота и клинико-психопатологическая характеристика выявленных у пациентов симптомов, синдромов, проведен анализ их сопряженности с патогенными факторами боевой обстановки. Выполнено сопоставление диагнозов при поступлении и при выписке из стационара. Специально оценивали наличие или отсутствие в диагнозе следующих синдромов: астенического, ипохондрического, тревожно-фобического, тревожно-депрессивного, депрессивного, диссоциативных нарушений, личностных изменений, психоорганического, амнестического, галлюцинаторно-параноидного, параноидного, аффективно-бредового, кататонического. Среди психопатологических симптомов специально регистрировали: 1) наличие признаков ПТСР, включающих повторное переживание психотравмирующего события (интрузии или вторжения), избегание стимулов, ассоциированных с травмирующим событием (избегание), чрезмерные реакции на стимулы, напоминающие психическую травму (гиперреактивность), а также повышенную возбудимость

в ответ на такие стимулы или на неспецифические раздражители; 2) типичные нажитые в боевой обстановке свойства личности, включающие импульсивный тип защитного реагирования, постоянную настороженность, ожидание опасности и подозрительность, ухудшение способности к работе, требующей длительного поддержания внимания, точности и усидчивости, моральную ригидность с поляризацией оценок и доминированием групповых ценностей; 3) психические расстройства аффективного и невротического регистров, такие как тревога, депрессия, дисфория, апатия, проявления астении, тревожно-фобические нарушения, ипохондрия, диссоциативные нарушения, соматоформная вегетативная дисфункция, сенестопатии, обсессии; 4) симптомы органической психической патологии: эпилептические припадки, ослабление памяти, инертность мышления, интеллектуальное снижение, конфабуляции, психосенсорные расстройства, регресс личности; 5) позитивные и негативные психотические симптомы: галлюцинации, псевдогаллюцинации, психический автоматизм, бред, проявления кататонии, расстройства мышления, коммуникативные нарушения, эмоциональное снижение, амбивалентность, аутизм, недоступность, диссимуляция; 6) нарушения поведения: проявления агрессивности, суицидальное поведение (суицидальные мысли, демонстрации и попытки), самовольные отлучки из части (СОЧ); 7) злоупотребление алкоголем и зависимость от алкоголя, а также ее основные признаки: запои, абстиненция, измененная реактивность, утрата контроля, социальные и семейные последствия алкоголизма, алкогольные изменения личности, попытки употребления спиртного в стационаре.

Отдельно отмечали наличие или отсутствие в период участия в боевых действиях таких неблагоприятных факторов, как непосредственное личное участие пациента в боях, пребывание во вражеском плену, полученные в ходе боевых действий любые ранения, увечья, травмы головы, госпитализация непосредственно с фронта в связи с возникшими психическими нарушениями, частое употребление алкоголя во время участия в боевых действиях, а также наличие у военнослужащего настроя (мотивации) к возвращению на военную службу и продолжению участия в боевых действиях.

Статистический анализ был проведен в программе R. Корреляции выраженности симптомов ПТСР с длительностью пребывания в зоне СВО, временем перед поступлением в стационар оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Сравнение диагнозов при поступлении и выписке, также сравнение частоты встречаемости симптомов ПТСР при различных факторах проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика выборки участников СВО представлена в табл. 1. Средний возраст участников исследования составил $34,2 \pm 8,3$ года. Широкий разброс

Таблица 1. Общая характеристика выборки
Table 1 General characteristics of the sample

Возраст/Age	
Средний (SD)/Average (SD)	$34,2 \pm 8,3$
Минимальное-максимальное значение/Minimum-maximum value	19,0–57,0
Время после выхода из зоны боевых действий до госпитализации в психиатрический стационар (мес) /Time after leaving the combat zone before admission to psychiatric hospital (months)	
Медиана (IQR)/Median (IQR)	1 (1,5)
Минимальное-максимальное значение/Minimum-maximum value	0,1–15,0
Длительность участия (мес)/Duration of participation (months)	
Медиана (IQR)/Median (IQR)	6 (7,25)
Минимальное-максимальное значение/Minimum-maximum value	0,1–66,0
Зависимость от алкоголя/Alcohol addiction	23 (16,4%)
Психическое расстройство в анамнезе до боевых действий/Mental disorder in history before the military operations	66 (47,1%)
Установка на службу/Attitude for the military service	19 (13,6%)

Таблица 2. Симптомы психических нарушений, встречающиеся более чем у 20% пациентов

Table 2 Symptoms of mental disorders occurring in more than 20% of patients

Симптом/Symptom	Абс. (%) / Abs. (%)
<i>Признаки ПТСР/Signs of PTSD</i>	
Интрузия/Intrusion	101 (72,1%)
Избегание/Avoidance	52 (37,1%)
Гиперреактивность/Hyperreactivity	80 (57,1%)
Возбудимость/Excitability	75 (53,6%)
Изменения личности/Personality changes	31 (22,1%)
<i>Другие психопатологические симптомы/Other psychopathological symptoms</i>	
Тревога/Anxiety	106 (75,7%)
Депрессия/Depression	72 (51,4%)
Инсомния/Insomnia	67 (47,9%)
Астения/Asthenia	46 (32,9%)
Демонстративное поведение/Demonstrative behavior	43 (30,7%)
Агрессивность/Aggressiveness	39 (27,9%)
Суицидальные мысли/Suicidal thoughts	38 (27,1%)
Головная боль/Headache	37 (26,4%)
Злоупотребление алкоголем/Alcohol abuse	33 (23,6%)
Инертность/Inertia	30 (21,4%)
Коммуникативные нарушения/Communication disorders	29 (20,7%)

среднего возраста отражал особенности выборки, состоявшей из солдат-контрактников, мобилизованных и добровольцев, которых принимали на военную службу практически в любом возрасте до предельного для

Таблица 3. Корреляции выраженности симптомов ПТСР
Table 3 Correlations of the severity of PTSD symptoms

		Возраст/ Age	Время до госпитализации (мес)/ Time to hospitalization (months)	Длительность участия (мес)/ Duration of participation (months)
Время до госпитализации (мес)/ Time to hospitalization (months)	Spearman	0,128	nd	nd
	p-value	0,131	nd	nd
Длительность участия (мес)/ Duration of participation (months)	Spearman	−0,105	−0,107	nd
	p-value	0,219	0,209	nd
ПТСР симптомы/PTSD symptoms	Spearman	−0,041	0,026	0,285
	p-value	0,628	0,764	< 0,001

Таблица 4. Диагнозы при госпитализации и на момент выписки из стационара
Table 4 Diagnoses during hospitalization and at the time of discharge from the hospital

Диагноз/Diagnosis	При поступлении m /In admission (%)	При выписке m /At discharge m (%)	Значение χ^2 Пирсона/ Pearson's χ^2	p-value
ПТСР (F43.1)/ PTSD (F43.1)	68 (48,6%)	26 (18,6%)	28,250	< 0,001
Расстройства адаптации (F43.2)/ Adaptation disorders (F43.2)	5 (3,6%)	6 (4,3%)	0,095	0,759
Реактивный диссоциативный психоз (F44.80)/ Reactive dissociative psychosis (F44.80)	4 (2,8%)	3 (2,1%)	0,147	0,702
Органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.xx0)/ Organic mental disorder due to brain injury (F06.xx0)	22 (15,7%)	37 (26,4%)	4,832	0,028
Органическое расстройство, не связанное с травмой головного мозга (F06.xx1-9)/ Organic disorder unrelated to brain injury (F06.xx1-9)	1 (0,7%)	6 (4,3%)	3,663	0,056
Шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (F20-F29)/ Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-F29)	15 (10,7%)	22 (15,7%)	1,526	0,217
Аффективные расстройства (F3)/ Affective disorders (F3)	15 (10,7%)	28 (20%)	4,643	0,032
Злоупотребление, зависимость от алкоголя, другие психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10)/ Alcohol abuse with alcohol-induced mood disorders (F10)	6 (4,3%)	14 (10%)	3,446	0,064
Расстройство личности (F6)/ Personality Disorder (F6)	5 (3,6%)	5 (3,6%)	0,000	1,000

их званий. Пребывание в зоне проведения СВО длилось от двух суток до 66 месяцев. Максимальные сроки связаны с тем, что некоторые обследованные добровольцы еще до начала СВО много лет участвовали в боях на Донбассе. Время от эвакуации или выезда из зоны СВО до обращения за психиатрической помощью также охватывало срок от трех суток до 11,5 месяцев.

К симптомам, выявленным более чем у 20% пациентов, относятся неспецифические симптомы невротического круга и аффективного регистра: астения, тревога, депрессия, инсомния, а также демонстративное поведение, затруднения коммуникации с близкими и знакомыми, злоупотребление алкоголем (табл. 2). Следует отметить, что симптомы тревоги были выявлены в большем проценте случаев, чем интрузия, самый часто встречающийся симптом ПТСР.

На рис. 1 представлены основные симптомы ПТСР и их пересечение друг с другом. У 30 (21%) пациентов не было симптомов ПТСР, а у 16 (11%) были все 5 симптомов.

Выраженность симптомов ПТСР не обнаружила связи со временем, прошедшим от момента выхода из зоны боевых действий до госпитализации, но коррелировала с длительностью участия в боевых действиях (табл. 3).

Сопоставление диагнозов при госпитализации и выписке из стационара показало, что при поступлении участника СВО в стационар чаще всего ставился диагноз ПТСР, частота которого в качестве заключительного

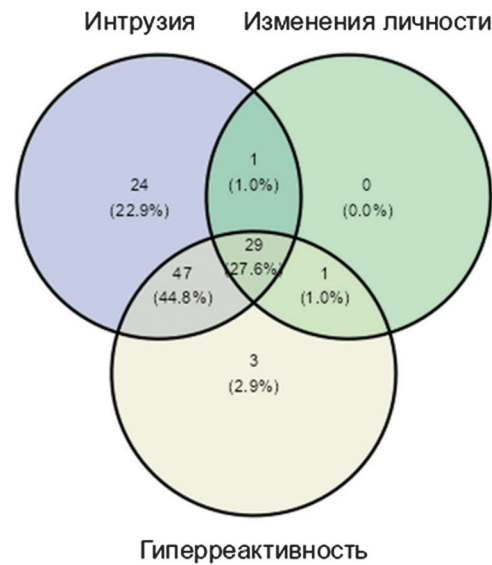


Рис. 1. Основные симптомы ПТСР
Fig. 1 The main symptoms of PTSD

диагноза после обследования и лечения снижалась почти в три раза ($p < 0,001$). Напротив, в заключительном диагнозе чаще, по сравнению с первичным, но без статистической значимости различий, был сформулирован диагноз органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга или диагноз аффективного расстройства, особенно депрессивного эпизода.

Анализ сопряженности симптомов ПТСР с травмирующими факторами боевой обстановки показал, что попадание под артобстрелы или под действие других средств дистанционного поражения, а также непосредственное участие в боях и контузии, полученные в зоне военных конфликтов, имеют значимую связь со всеми основными признаками стрессовых расстройств — интрузией, избеганием, гиперреактивностью, общей возбудимостью, изменениями личности. Полученные в ходе боевых действий ранения и увечья не показали надежной и значимой связи с основными симптомами ПТСР, однако ранения коррелировали с повышенной возбудимостью в ответ на самые разные влияния (т.е. аффективной неустойчивостью), а полученные увечья не обнаруживали сопряженности ни с одним из симптомов ПТСР (табл. 5).

ОБСУЖДЕНИЕ

При изучении и анализе феноменологической структуры психических расстройств у участников СВО мы сфокусировали внимание на симптомах, которые встречаются более чем в 20% случаев. К таковым относились все критерии диагностики ПТСР [12] и изменения личности [13, 14], формирующиеся при продолжительном влиянии боевых стресс-факторов. При этом симптомы избегания, гиперреактивности и изменения личности, как правило, сопутствовали интрузии. Интрузия — повторное переживание травмирующих событий в случайных или спровоцированных воспоминаниях и сновидениях; избегание воспоминаний о боевых действиях и ситуаций, которые напоминают об этом; эмоциональные или поведенческие реакции в ответ на стимулы, ассоциирующиеся с угрозами боевой обстановки (например, внезапные громкие звуки, пролетающие в воздухе птицы, шум двигателей и электромоторов), проявления эмоциональной неустойчивости в ответ на раздражители, напрямую не связанные с психической травмой; изменения личности, которые развиваются при длительном воздействии боевых стресс-факторов. Этот признак, традиционно самый часто распознаваемый и в наибольшей мере характеризующий клиническую картину ПТСР [15, 16], встречался у 70% нашей выборки участников боевых действий. Вместе с симптомами ПТСР и превалируя по частоте над другими коморбидными симптомами, у обследованных выявлялись симптомы постоянной или флотирующей тревоги (75,7%) и депрессии (51,4%). Это подтверждает данные других исследователей о значительном перекрывании общеизвестных симптомов стрессовых

расстройств с другими психическими отклонениями, особенно эмоциональными нарушениями [8]. Коморбидность и неоднородность симптомов служили причиной того, что диагностическая категория ПТСР подвергалась критике, коррекции [16, 17], и, наконец, в МКБ-11 была выделена специальная диагностическая рубрика «Комплексное (осложненное) ПТСР» [18].

Корреляционный анализ степени выраженности симптомов ПТСР с продолжительностью пребывания в условиях боевого стресса и временем, которое прошло от момента выхода из зоны боевых действий до обращения за психиатрической помощью, не выявил статистически значимой связи. Безусловно, значение продолжительности воздействия стрессоров на время проявления симптомов требует дальнейшего изучения, так как в его реализации многое зависит от преморбидного склада личности, характера психотравмирующей ситуации, ее неравномерного во времени воздействия, психопатологической картины стрессовых нарушений и обстоятельств обращения за помощью [19]. Тем не менее, пока мы отставили в сторону тезис о значимости непосредственных временных характеристик боевого стресса и сосредоточились на анализе качественных характеристик боевой психической травмы. При понимании важности биологических и индивидуальных психологических факторов риска ПТСР [20], вектор данного исследования был направлен на выяснение связи ПТСР с отдельными, доступными нахождению в анамнезе, качественными характеристиками общепризнанной и зафиксированной в международных классификациях предпосылки стрессовых расстройств — собственно психической травмы, которая в экстремальных условиях имеет сложный комплексный характер [4, 19, 21].

Изучение таких взаимоотношений показало, что ЧМТ (контузия) демонстрирует наиболее тесную связь с развитием всех пяти перечисленных симптомов ПТСР, что согласуется со взглядами о существенном влиянии контузий на развитие боевой психической патологии и, в частности, ПТСР [22]. Участие в боях и попадание под обстрел коррелируют с четырьмя из пяти симптомов за исключением изменений личности и возбудимости. Ранения, полученные участниками боевых действий, не показали значимой связи с интрузией и избеганием, но оказались сопряжены с повышенной гиперреактивностью и эмоциональной неустойчивостью. Это вполне можно объяснить тем, что после собственного ранения у участника боев устанавливается четкая эмоциональная реакция на сигналы, ассоциированные с опасностью для жизни.

В целом результаты настоящего исследования подтверждают выводы зарубежных авторов о том, что ПТСР варьируется в зависимости от вида травмы, но телесные повреждения, выступая как основной фактор риска, способствуют восприятию травматических событий как более опасных [23, 24]. Вместе с тем в изученной выборке не было выявлено значимой связи между симптомами ПТСР и полученными в зоне боевых

Таблица 5. Частота встречаемости симптомов ПТСР при наличии или отсутствии различных боевых патогенных факторов и значимость их сопряженности**Table 5** Frequency of occurrence of PTSD symptoms in the presence or absence of various combat pathogenic factors and the significance of their conjugation

ЧМТ (контузия), полученная в зоне боевых действий/TBI (concussion) received in a combat zone	0 (N = 42)	1 (N = 98)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	19 (45,2%)	82 (83,7%)	101 (72,1%)	< 0,001
Избегание/Avoidance	9,0 (21,4%)	43 (43,9%)	52 (37,1%)	0,0121
Возбудимость/Excitability	11 (26,2%)	64 (65,3%)	75 (53,6%)	< 0,001
Изменение личности/Personality Change	4 (9,5%)	27 (27,6%)	31 (22,1%)	0,0191
Гиперреактивность/Hyperreactivity	12 (28,6%)	68 (69,4%)	80 (57,1%)	< 0,001
Участие в боях/Participation in battles	0 (N = 32)	1 (N = 108)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	13 (40,6%)	88 (81,5%)	101 (72,1%)	< 0,001
Избегание/Avoidance	7 (21,9%)	45 (41,7%)	52 (37,1%)	0,0421
Возбудимость/Excitability	9 (28,1%)	66 (61,1%)	75 (53,6%)	0,0011
Изменение личности/Personality Change	5 (15,6%)	26 (24,1%)	31 (22,1%)	0,3121
Гиперреактивность/Hyperreactivity	10 (31,2%)	70 (64,8%)	80 (57,1%)	< 0,001
Ранение/Enemy attacks	0 (N = 72)	1 (N = 68)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	47 (65,3%)	54 (79,4%)	101 (72,1%)	0,0621
Избегание/Avoidance	22 (30,6%)	30 (44,1%)	52 (37,1%)	0,0971
Возбудимость/Excitability	32 (44,4%)	43 (63,2%)	75 (53,6%)	0,0261
Изменение личности/Personality Change	14 (19,4%)	17 (25,0%)	31 (22,1%)	0,4291
Гиперреактивность/Hyperreactivity	35 (48,6%)	45 (66,2%)	80 (57,1%)	0,036
Увечье, полученное в зоне боевых действий/Injury sustained in a war zone	0 (N = 132)	1 (N = 8)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	95 (72,0%)	6 (75,0%)	101 (72,1%)	0,8531
Избегание/Avoidance	51 (38,6%)	1 (12,5%)	52 (37,1%)	0,1371
Возбудимость/Excitability	68 (51,5%)	7 (87,5%)	75 (53,6%)	0,0481
Изменение личности/Personality Change	29 (22,0%)	2 (25,0%)	31 (22,1%)	0,8411
Гиперреактивность/Hyperreactivity	77 (58,3%)	3 (37,5%)	80 (57,1%)	0,248
Обстрелы противником/Enemy attacks	0 (N = 17)	1 (N = 123)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	6 (35,3%)	95 (77,2%)	101 (72,1%)	< 0,001
Избегание/Avoidance	2 (11,8%)	50 (40,7%)	52 (37,1%)	0,0211
Возбудимость/Excitability	7 (41,2%)	68 (55,3%)	75 (53,6%)	0,2741
Изменение личности/Personality Change	0 (0,0%)	31 (25,2%)	31 (22,1%)	0,0191
Гиперреактивность/Hyperreactivity	3 (17,6%)	77 (62,6%)	80 (57,1%)	< 0,001
Мотивация к продолжению службы/Motivation to continue service	0 (N = 121)	1 (N = 19)	Total (N = 140)	p-value
Инtruзия/Intrusion	89,0 (73,6%)	12,0 (63,2%)	101,0 (72,1%)	0,3471
Избегание/Avoidance	48,0 (39,7%)	4,0 (21,1%)	52,0 (37,1%)	0,1181
Возбудимость/Excitability	65,0 (53,7%)	10,0 (52,6%)	75,0 (53,6%)	0,9301
Изменение личности/Personality Change	25,0 (20,7%)	6,0 (31,6%)	31,0 (22,1%)	0,2871
Гиперреактивность/Hyperreactivity	68 (56,2%)	12 (63,2%)	80 (57,1%)	0,569

действий травмами, которые достоверно ассоциировались с хронической тревогой и депрессией.

Анализ данных не выявил значимой сопряженности между установкой на продолжение службы и наличием симптомов ПТСР. Это позволяет предположить, что даже у мотивированных пациентов, стремящихся вернуться к выполнению боевых задач, риск возникновения симптомов ПТСР не снижается. Но это и не позволяет отвергнуть обратную связь мотивации к

возвращению на службу с обращаемостью за психиатрической помощью и госпитализацией в психиатрический стационар, так как у подавляющего большинства обследованных нами участников СВО обнаруживалось отсутствие намерений вернуться в воинские части, ведущие боевые действия. В одном из обзоров [25] было выдвинуто предположение о том, что травматический стресс может приводить к снижению мотивации, что, в свою очередь, увеличивает вероятность развития

ПТСР. Однако авторы также отмечают недостаточное количество исследований, посвященных изучению мотивационных факторов в контексте ПТСР, что требует проведения дальнейших исследований для выяснения этой взаимосвязи.

Сравнительное изучение первичных диагнозов, установленных при поступлении пациентов в стационар, и заключительных диагнозов, поставленных после комплексного обследования, показало, что наиболее частыми и подтвержденными диагнозами являются: F06.xx0 — органическое психическое расстройство, обусловленные травмой головного мозга, которое включало различные, как правило, непсихотические, нарушения (26,4% всех обследованных), F43.1 — ПТСР (18,6%) и F3 — аффективные расстройства (20%).

Полученные результаты подтверждают выводы исследований, указывающие на высокую распространенность эмоциональных расстройств среди участников вооруженных конфликтов, а также связь симптоматики ПТСР с аффективной патологией [26]. Значительное число обследованных участников СВО имели также заключительные диагнозы из группы F20–F29 — шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (15,7%), и рубрик F10, которые включают злоупотребление, зависимость от алкоголя и другие психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (10%).

В связи с вопросами диагностики психических расстройств у ветеранов боевых действий отметим, что боевая психическая травма имеет комплексный характер и влечет за собой развитие в общем контингенте и в каждом конкретном случае патологии, смешанной как по своей клинко-психопатологической структуре, так и по причинам и механизмам формирования. Ситуация осложняется еще и тем, что, например, травма головы может рассматриваться в качестве фактора риска даже для таких традиционно считающихся эндогенными психических расстройств, как шизофрения и биполярное расстройство [27]. Иными словами, психическая травма, воздушно-волновая травма головного мозга (контузия), тяжелое и длительное психофизическое напряжение влекут за собой развитие не только ПТСР, но и других психических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика ПТСР представляет собой сложную задачу, обусловленную значительным перекрытием симптомов с другими психическими заболеваниями, а также влиянием индивидуальных биологических и психологических факторов. Распознавание боевой психической патологии осложняется тем, что многие аспекты патогенеза психогенных реакций остаются неизученными, а это определяет отсутствие надежных нейробиологических и нейрофизиологических маркеров стрессовых расстройств. В ходе клинко-психопатологического исследования и наблюдения военнопленных, переживших воздействие стресс-факторов

экстремальной силы и продолжительной экспозиции, показано, что симптомы-критерии диагностики ПТСР часто сопряжены с проявлениями аффективной неустойчивости и агрессивности, демонстративным поведением, депрессией и суицидальными идеями и угрозами, флотирующей тревогой или эпизодами овладевающего страха, астенической симптоматикой, инсомнией, инертностью мышления и затруднением коммуникации. В значительной части случаев у ветеранов ПТСР представлено отдельными признаками, имеющиеся симптомы могут быть умеренно выражены и сами по себе не всегда ведут к заметной дезадаптации, затруднениям коммуникации и социального функционирования. Напротив, в контексте перенесенной боевой психической травмы такие симптомы, как депрессия, аффективная неустойчивость и агрессивность, считающиеся коморбидными и напрямую не связанные с повторным переживанием травмирующих событий, существенно и гораздо более продолжительное время снижают качество жизни и социальную адаптацию ветеранов, хуже поддаются рекомендуемой фармакотерапии, требуют более длительного и интенсивного лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Резник АМ. Обзор исследований внешних факторов и генетических предпосылок боевого посттравматического стрессового расстройства. *Вестник Медицинского института непрерывного образования*. 2022;(4):46–55. doi: 10.46393/27821714
Reznik AM. Overview of research on external factors and genetic predispositions of combating post-traumatic stress disorder. *Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education*. 2022;(4):46–55. (In Russ.). doi: 10.46393/27821714
2. Schein J, Houle C, Urganus A, Cloutier M, Patterson-Lomba O, Wang Y, King S, Levinson W, Guérin A, Lefebvre P, Lori L. Davis Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *J Current Med Res Opinion*. 2021;37(12):2151–2161. doi: 10.1080/03007995.2021.1978417
3. Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, Borritz M, Eller NH, Nordentoft M, Olesen K, Rod NH, Rugulies R, Bonde JP. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Scand J Work Environ Health*. 2014;215–229. doi: 10.5271/sjweh.3420
4. Литвинцев СВ, Снедков ЕВ, Резник АМ. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. М.: ОАО «Издательство «Медицина». 2005;432.
Litvintsev SV, Snedkov EV, Reznik AM. Combat Psychic Trauma: a guideline for physicians. Moscow. "Izdatelstvo "Medicine", 2005;432 (In Russ.).
5. Judkins JL, Moore BA, Collette TL, Hale WJ, Peterson AL, Morissette SB. Incidence rates of

- posttraumatic stress disorder over a 17-year period in active duty military service members. *J Trauma Stress*. 2020;33(6):994–1006. doi: 10.1002/jts.22558
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048–1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.
 7. Schaefer LS, Lobo BO, Kristensen CH. Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas *Estudos de Psicologia* (Natal). 2012;(17):329–336. doi: 10.1590/S1413-294X2012000200018
 8. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J. Clin. Psychiatry*. 1997;58(9):12–15.
 9. Compean E, Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): diagnostic and treatment challenges. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;10(88):265–275. doi: 10.1016/j.pnpbpr.2018.08.001
 10. Фастовцов ГА, Соколова ЕА. ПТСР и коморбидные психические расстройства. *Российский психиатрический журнал*. 2012;(3):77–82.
Fastovtsov GA, Sokolova EA. PTSD and Comorbid Mental Disorders. *The Russian Journal of Psychiatry*. 2012;(3):77–82. (In Russ.).
 11. Wimalawansa SJ. Causes and risk factors for post-traumatic stress disorder: the importance of right diagnosis and treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*. 2014;5(2):1–13. doi: 10.3126/ajms.v5i2.8537
 12. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, Москва. Российское общество психиатров. 1998.
International Classification of Diseases, 10th Revision. Mental and behavioral disorders. Class V ICD-10, adapted for use in the Russian Federation, Moscow. Russian Society of Psychiatrists. 1998.
 13. Лыткин ВМ, Шамрей ВК, Костюк ГП. К проблеме психического здоровья участников боевых действий. *Российский психиатрический журнал*. 2007;(6):63–68.
Lytkin VM, Shamrey VK, Kostyuk GP. On the problem of mental health of combatants. *The Russian Journal of Psychiatry*. 2007;(6):63–68. (In Russ.).
 14. Шамрей ВК, Нечипоренко ВВ, Лыткин ВМ, Курасов ЕС, Зун СА, Баразенко КВ. О постбоевых личностных изменениях у ветеранов локальных войн. *Известия Российской военно-медицинской академии*. 2020;39(3-4):185–192.
Shamrey VK, Nechiporenko VV, Lytkin VM, Kurasov ES, Zun SA, Barazenko KV. On post-combat personality changes in veterans of local wars. *News of the Russian Military Medical Academy*. 2020;39(3-4):185–192. (In Russ.).
 15. Шамрей ВК, Лыткин ВМ, Баразенко КВ, Зун СА. О динамике развития проблемы посттравматического стрессового расстройства. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2023;(1):68–77.
Shamrey VK, Lytkin VM, Barazenko KV, Zun SA. On the dynamics of development of the problem of post-traumatic stress disorder. *Medical-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situations*. 2023;(1):68–77. (In Russ.).
 16. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, McFarlane AC, Silove D. Posttraumatic intrusive symptoms across psychiatric disorders. *J. Psychiatr. Res*. 2011;45(6):842–847. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.012
 17. Gros DF, Price M, Magruder KM, Frueh BC. Symptom overlap in posttraumatic stress disorder and major depression. *Psychiatry Res*. 2012;196(2-3):267–270. doi: 10.1016/j.psychres.2011.10.022
 18. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейropsychического развития. Статистическая классификация. М: «КДУ», «Университетская клиника». 2021;432. doi: 10.31453/kdu.ru.91304.0143
ICD-11. Chapter 06. Mental and behavioral disorders and disorders of neuropsychiatric development. Statistical classification. M: “KDU”, “University Clinic”. 2021;432. (In Russ.). doi: 10.31453/kdu.ru.91304.0143
 19. McFarlane AC. The duration of deployment and sensitization to stress. *Psychiatr. Ann.* 2009;39(2). doi: 10.3928/00485713-20090201-05
 20. Gandubert C, Scali J, Ancelin M-L, Carrière I, Dupuy A-M, Bagnolini G, Ritchie K, Sebanne M, Martrille L, Baccino E, Hermès A, Attal J, Chaudieu I. Biological and psychological predictors of posttraumatic stress disorder onset and chronicity. A one-year prospective study. *Neurobiol. Stress*. 2016;(3):61–67. doi: 10.1016/j.jynstr.2016.02.002
 21. Фисун АЯ, Шамрей ВК, Русанов СН, Костюк ГП, Лыткин ВМ, Турлаков К.С. Многомерная оценка психического здоровья военнослужащих при массовых психопрофилактических обследованиях. *Военно-медицинский журнал*. 2007;238(6):1–10.
Fisun AY, Shamrey VK, Rusanov SN, Kostyuk GP, Lytkin VM, Turlakov K.S. Multidimensional assessment of mental health of military personnel during mass psychoprophylactic examinations. *Military Medical Journal*. 2007;238(6):1–10. (In Russ.).
 22. Резник АМ. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, перенесших черепно-мозговую травму. *Health, Food & Biotechnology*. 2020;2(1):11–23. doi: 10.36107/hfb.2020.i1.s168
Reznik AM. Mental disorders of Local Wars Veterans Suffered from Traumatic Brain Injury. *Health, Food & Biotechnology*. 2020;2(1):11–23. (In Russ.). doi: 10.36107/hfb.2020.i1.s168.
 23. McLay RN, Webb-Murphy J, Hammer P, Volkert S, Klam W. Post-traumatic stress disorder

symptom severity in service members returning from Iraq and Afghanistan with different types of injuries. *CNS Spectr.* 2012;17(1):11–15. doi: 10.1017/S1092852912000016

24. Koren D, Norman D, Cohen A, Berman J, Klein EM. Increased PTSD risk with combat-related injury: a matched comparison study of injured and uninjured soldiers experiencing the same combat events. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):276–282. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.276
25. Simmen-Janevska K, Brandstätter V, Maercker A. The overlooked relationship between motivational abilities and posttraumatic stress: a review. *Eur J Psychotraumatol.* 2012;3(1):18560. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18560
26. Quarantini LC, Netto LR, Andrade-Nascimento M, Galvão-de Almeida A, Sampaio AS, Miranda-Scippa A, Bressan RA, Koenen KC. Comorbid mood and anxiety disorders in victims of violence with posttraumatic stress disorder. *Braz. J. Psychiatry.* 2009;31:66–76. doi: 10.1590/S1516-44462009000600005
27. Cheng KY, Robinson N, Ploner A, Kuja-Halkola R, Molero Y, Lichtenstein P, Bergen SE. Impact of traumatic brain injury on risk for schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2024;339:115990. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115990.

Сведения об авторах

Дарья Анатольевна Рябина, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
ryabininaDA1@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0009-0004-3756-5619>

Яна Александровна Зоркина, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, Научный центр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия
zorkina.ya@serbsky.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Александр Михайлович Резник, врач-психиатр, кандидат медицинских наук, доцент, Заведующий кафедрой психиатрии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский биотехнологический университет» (РОСБИОТЕХ). Научный сотрудник, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия; доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия
a.m.reznik1969@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7076-5901>

Александра Геннадьевна Очнева, научный сотрудник, Научный центр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия
aleksochneva@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4182-5503>

Валерия Игоревна Закуражная, младший научный сотрудник, Научный центр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
savva9806@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>

Анна Михайловна Цурина, лаборант-исследователь, Научный центр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
anna.tsurina@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-0598-2564>

Александр Сергеевич Чернов, врач-психиатр, заведующий психиатрическим отделением, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
vrachchernov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9461-4158>

Александр Маркович Левин, врач-психиатр, заведующий психиатрическим отделением, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
levinam@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-9113-1853>

Александр Сергеевич Дмитриев, врач-психиатр, заведующий психиатрическим отделением, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

asinner2014@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-8033-4899>

Софья Антоновна Дмитриева, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

sophyyume@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Анастасия Викторовна Каленкович, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

akholm9@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-4453-6925>

Анастасия Владимировна Козырева, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

<https://orcid.org/0009-0000-4307-9933>

Анастасия Владиславовна Егорова, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

stasy627@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-5822-4924>

Ольга Владленовна Кучеренко, врач-психиатр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

olya_olyaoo@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-7922-1048>

Георгий Петрович Костюк, доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный специалист психиатр, главный врач, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет», Москва, Россия, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

kgr@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Анна Юрьевна Морозова, врач-психиатр, кандидат медицинских наук, руководитель отдела, Научный центр, ГБУЗ города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия

hakurate77@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8681-5299>

Information about the authors

Darya A. Ryabinina, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

ryabininaDA1@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0009-0004-3756-5619>

Yana A. Zorkina, Cand. Sci. (Med.), Leading Researcher, Scientific Center, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia, The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

zorkina.ya@serbsky.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Alexander M. Reznik, psychiatrist, Cand. Sci. (Med.), Docent, Head of Department, Department of Psychiatry, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Russian Biotechnological University" (ROSBIOTECH). Researcher, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Associate Professor, Department of Psychiatry, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

a.m.reznik1969@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7076-5901>

Alexandra G. Ochneva, Researcher, Scientific Center, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

aleksochneva@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4182-5503>

Valeria I. Zakurazhnaya, Junior Researcher, Scientific Center, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

savva9806@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8381-5445>

Anna M. Tsurina, Research laboratory assistant, Scientific Center, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

anna.tsurina@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0008-0598-2564>

Alexander S. Chernov, psychiatrist, Head of the psychiatric unit, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

vrachchernov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9461-4158>

Alexander M. Levin, psychiatrist, Head of the psychiatric unit, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

levinam@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0008-9113-1853>

Alexander S. Dmitriev, psychiatrist, Head of the psychiatric unit, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

asinner2014@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-8033-4899>

Sofya A. Dmitrieva, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

sophyyume@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Anastasia V. Kozyreva, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

<https://orcid.org/0009-0000-4307-9933>

Anastasia V. Kalenkovich, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

akholm9@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-4453-6925>

Anastasia V. Egorova, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

stasy627@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-5822-4924>

Olga V. Kucherenko, psychiatrist, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Moscow, Russia

olya_olyaoo@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0004-7922-1048>

Georgy P. Kostyuk, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief physician, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Lomonosov Moscow State University, Department of Psychiatry and Psychosomatics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

kgr@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Anna Yu. Morozova, psychiatrist, Cand. Sci. (Med.), Head of Department, Scientific Center, "Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow", The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

hakurate77@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8681-5299>

Вклад авторов

Рябина Д.А. — концептуализация, методология, проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование, визуализация

Зоркина Я.А. — концептуализация, методология, формальный анализ, ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование

Резник А.М. — концептуализация, методология, проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование

Очнева А.Г. — верификация данных, ресурсы, администрирование данных, визуализация

Закуражная В.И. — программное обеспечение, формальный анализ, ресурсы, создание рукописи и ее редактирование

Цурина А.М. — администрирование данных, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование

Чернов А.С. — программное обеспечение, проведение исследования, создание черновика рукописи

Левин А.М. — верификация данных, проведение исследования, создание черновика рукописи

Дмитриев А.С. — проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи

Дмитриева С.А. — верификация данных, проведение исследования, создание черновика рукописи

Козырева А.В. — проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи

Каленкович А.В. — проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи

Егорова А.В. — программное обеспечение, проведение исследования, создание черновика рукописи

Кучеренко О.В. — верификация данных, проведение исследования, создание черновика рукописи

Костюк Г.П. — администрирование проекта, получение финансирования

Морозова А.Ю. — руководство исследованием

Authors' contribution

- Ryabinina D.A. — conception, methodology, conducting research, resources, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing it, visualization
- Zorkina Ya.A. — conception, methodology, formal analysis, resources, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing
- Reznik A.M. — conception, methodology, conducting research, resources, creating draft of the manuscript, creation of the manuscript and its editing
- Ochneva A.G. — data verification, resources, data administration, visualization
- Zakurazhnaya V.I. — software, formal analysis, resources, manuscript creation and editing
- Tsurina A.M. — data administration, draft creation, manuscript creation and editing
- Chernov A.S. — software, research, draft creation
- Levin A.M. — data verification, research, draft creation
- Dmitriev A.S. — conducting research, resources, creating a draft manuscript
- Dmitrieva S.A. — data verification, conducting research, creating a draft manuscript
- Kozyreva A.V. — conducting research, resources, creating a draft manuscript
- Kalenkovich A.V. — conducting research, resources, creating a draft manuscript
- Egorova A.V. — software, conducting research, creating a draft manuscript
- Kucherenko O.V. — data verification, conducting research, creating a draft manuscript
- Kostyuk G.P. — project administration, obtaining financing
- Morozova A.Y. — research management

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

Дата поступления 26.09.2024 Received 26.09.2024	Дата рецензирования 28.12.2024 Revised 28.12.2024	Дата принятия к публикации 11.02.2025 Accepted for publication 11.02.2025
--	--	--