

УДК 616.89-008.441

DOI: 10.34670/AR.2026.44.46.002

Клинико-патогенетические факторы хронизации стрессовых расстройств у военнослужащих с боевыми ранениями

Губарева Наталия Владимировна

Магистрант,
Институт психологии,
Московский психолого-социальный университет,
115191, Российская Федерация, Москва, 4-й Рошинский проезд, 9А;
e-mail: gubarewanata@yandex.ru

Аннотация

В статье рассматриваются клинико-патогенетические механизмы перехода острого стрессового расстройства в посттравматическое стрессовое расстройство у военнослужащих с боевыми ранениями. Проведен анализ влияния характера, тяжести и локализации физической травмы на динамику психопатологических симптомов. Особое внимание уделено синергетическому взаимодействию психогенных и органических факторов при сочетании боевой психической травмы с черепно-мозговыми повреждениями. Показано, что хронизация стрессовых расстройств определяется не только объективной тяжестью ранения, но и множеством клинических, психологических и социальных переменных. Представлены современные представления о нейробиологических механизмах фиксации травматического опыта при комбинированном воздействии психогенной и органической патологии центральной нервной системы.

Для цитирования в научных исследованиях

Губарева Н.В. Клинико-патогенетические факторы хронизации стрессовых расстройств у военнослужащих с боевыми ранениями // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2026. Т. 15. № 6А. С. 13-22. DOI: 10.34670/AR.2026.44.46.002

Ключевые слова

Посттравматическое стрессовое расстройство, острое стрессовое расстройство, боевая психическая травма, черепно-мозговая травма, комбатанты, хронизация, клиническая динамика, боевые ранения, психотравма, реабилитация.

Введение

Проблема психологических последствий участия в боевых действиях приобрела особую актуальность в связи с увеличением числа вооруженных конфликтов в современном мире [Шамрей и др., 2023]. По данным различных исследований, от 10 до 30% военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, сталкиваются с клинически значимыми проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [Резник, Сюняков, 2023; Кекелидзе, Шпорт, 2024]. При этом получение физического ранения значительно повышает риск развития психических расстройств, что связано с одновременным воздействием нескольких травмирующих факторов.

Острое стрессовое расстройство (ОСР), развивающееся в первые дни и недели после травматического события, рассматривается многими исследователями как предиктор последующего формирования ПТСР [Сукиасян, Тадевосян, 2013]. Однако механизмы этого перехода остаются недостаточно изученными, особенно в контексте сочетанной психической и физической травмы. Понимание факторов, способствующих хронизации острых стрессовых реакций, имеет принципиальное значение для разработки эффективных программ ранней профилактики и реабилитации.

Особый интерес представляет изучение влияния характера и тяжести физического повреждения на динамику психопатологических проявлений. Исследования показывают, что локализация ранения, наличие сочетанной травмы и особенно черепно-мозговых повреждений существенно модифицируют клиническую картину стрессовых расстройств [Литвинцев, Успенский, 2009; Цыган, Трашин, 2022]. При этом остается дискуссионным вопрос о том, в какой степени органическое поражение мозга само по себе способствует фиксации психотравмирующего опыта, а в какой степени психологическая реакция на увечье определяет клиническую картину.

Цель данной работы состоит в систематизации современных представлений о клинко-патогенетических механизмах перехода острого стрессового расстройства в посттравматическое у комбатантов с тяжелыми ранениями, с акцентом на роль характера физической травмы в этом процессе.

Клиническая динамика стрессовых расстройств у раненых военнослужащих

Согласно современным диагностическим критериям, острое стрессовое расстройство диагностируется в период от 3 дней до 1 месяца после травматического события, тогда как диагноз ПТСР правомерен только после истечения месячного срока с момента воздействия стрессора [Лыткин, Днов, 2022]. Однако такое разделение во многом условно, поскольку клиническая картина обоих расстройств имеет значительное сходство, а симптомы острой реакции часто трансформируются в устойчивые посттравматические нарушения без четкой границы между этими состояниями.

Исследования военнослужащих, получивших ранения в ходе выполнения боевых задач, демонстрируют высокую частоту перехода ОСР в ПТСР. Показано, что среди раненых комбатантов с диагностированным острым стрессовым расстройством хронизация симптоматики наблюдалась в 68% случаев при тяжелых ранениях и в 42% случаев при ранениях средней степени тяжести [Марченко, Рунов, 2022]. При этом отмечается, что не столько сам факт ранения, сколько его последствия, включая инвалидизацию и длительное лечение,

определяют риск развития хронического расстройства.

В фундаментальных исследованиях, посвященных боевой психической травме, описываются несколько вариантов клинической динамики посттравматических состояний у военнослужащих [Снедков, 2008]. Выделяют прогрессивный тип течения, при котором симптоматика неуклонно нарастает в течение первых месяцев после ранения, стационарный тип с относительной стабильностью проявлений и регрессивный тип с постепенным ослаблением симптомов. Прогрессивный вариант чаще наблюдается у лиц с тяжелыми и множественными ранениями, особенно при наличии повреждений головы и органов чувств.

Исследования психосоматических соотношений при боевой травме показали, что восприятие тяжести своего состояния раненым может не совпадать с объективными медицинскими показателями [Марченко, Рунов, 2022]. Описывается феномен так называемой "психологической ампутации", когда даже при сохранении конечности военнослужащий переживает её как утраченную вследствие нарушения чувствительности или подвижности. Подобные случаи характеризуются особенно тяжелым течением посттравматического расстройства с выраженными диссоциативными симптомами.

Современные исследования подчеркивают важность разграничения собственно психогенных реакций на боевой стресс и органических последствий черепно-мозговых травм, которые часто сопутствуют тяжелым ранениям [Сиволап, 2023]. Отмечается, что у значительной части военнослужащих, получивших контузии или закрытые черепно-мозговые травмы, формируется смешанная клиническая картина, включающая как признаки ПТСР, так и симптомы органического поражения центральной нервной системы. При этом разделить вклад каждого из этих компонентов в общую клиническую картину часто оказывается затруднительным.

Роль тяжести ранения в развитии посттравматического стрессового расстройства

Вопрос о связи между тяжестью физического повреждения и выраженностью психопатологических симптомов является предметом длительной дискуссии. С одной стороны, очевидно, что более тяжелые ранения, сопровождающиеся длительным болевым синдромом, инвалидизацией и необходимостью множественных хирургических вмешательств, создают более сильную психологическую нагрузку. С другой стороны, известны случаи развития выраженного ПТСР у лиц с относительно легкими ранениями, что указывает на важность индивидуальных психологических факторов.

Исследования показывают, что корреляция между объективной тяжестью ранения и выраженностью посттравматической симптоматики носит нелинейный характер [Резник, Сюняков, 2023]. Наиболее сильная связь наблюдается в группе военнослужащих со средней степенью тяжести ранений, тогда как при крайне тяжелых повреждениях, угрожавших жизни, острая психопатологическая симптоматика могла быть менее выраженной в первые недели, что объяснялось массивным использованием психофармакологических средств и измененным состоянием сознания в критический период.

Предложена концепция "временного окна уязвимости", согласно которой период максимального риска фиксации травматического опыта приходится не на момент самого ранения, а на последующий период осознания его последствий [Кекелидзе, Шпорт, 2024]. Описано, что военнослужащие, получившие тяжелые ранения с необходимостью ампутации конечностей, часто демонстрировали относительную стабильность психического состояния в

первые дни после операции, но спустя 2-3 недели, по мере осознания необратимости увечья, у них развивалась тяжелая депрессивная и тревожная симптоматика с высоким риском хронизации.

Особое место в структуре боевых ранений занимают повреждения, связанные с утратой или значительным нарушением функций органов чувств. Отмечается, что потеря зрения или слуха вследствие боевой травмы создает особые условия для развития ПТСР, поскольку лишает пострадавшего возможности адекватно оценивать окружающую обстановку и формирует стойкое чувство беспомощности [Колов, 2018]. При этом подчеркивается, что нарушения зрения оказываются более травматичными в психологическом плане, чем потеря конечности, что связано с фундаментальной ролью зрительной информации в формировании чувства безопасности.

В исследованиях, посвященных факторам риска развития боевой психической травмы, выделяется категория так называемых "клинически значимых ранений", к которым относят повреждения, приводящие к стойкой утрате профессиональной дееспособности [Шамрей и др., 2015]. Показано, что для военнослужащих, чья идентичность тесно связана с профессиональной ролью, осознание невозможности продолжения службы оказывается не менее, а иногда и более травматичным, чем сама физическая боль и страдание, связанные с ранением.

Черепно-мозговая травма как фактор хронизации стрессовых расстройств

Сочетание психогенной травмы и органического поражения головного мозга создает особую клиническую ситуацию, требующую междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Подробные исследования патофизиологии боевого стресса при наличии черепно-мозговых травм показали, что механическое повреждение мозговой ткани нарушает работу структур, ответственных за регуляцию эмоций и обработку травматических воспоминаний [Цыган, Трашин, 2022]. В частности, повреждение гиппокампа и префронтальной коры, часто встречающееся при контузиях, затрудняет контекстуализацию травматического опыта и его интеграцию в общую структуру автобиографической памяти.

При сочетании психической травмы и черепно-мозговой травмы наблюдается синергетический эффект, при котором нарушения, вызванные каждым из этих факторов, взаимно усиливают друг друга [Сиволап, 2023]. Органическое поражение снижает способность мозга к адаптивной обработке стрессовой информации, что увеличивает вероятность формирования патологических следов памяти. В свою очередь, хронический стресс усугубляет последствия органического повреждения, препятствуя процессам нейропластичности и восстановления.

Исследования психологических особенностей пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы выявили, что даже легкие формы черепно-мозговой травмы, не сопровождающиеся грубыми неврологическими нарушениями, могут существенно изменять эмоциональное реагирование и повышать уязвимость к стрессу [Макарова, Киселева, 2019]. Описывается феномен "когнитивной дезорганизации", при котором пострадавший испытывает трудности с концентрацией внимания, подбором слов и организацией последовательности действий, что создает дополнительный источник фрустрации и снижает эффективность психологических защитных механизмов.

В работах о прогностических факторах развития ПТСР особо выделяется проблема так называемого "синдрома второго удара", когда повторные, даже незначительные, сотрясения

мозга у лиц с предшествующей черепно-мозговой травмой приводят к диспропорционально тяжелым последствиям [Ахапкин, Введенский, 2022]. В контексте боевых действий это означает, что военнотружущий, перенесший контузию, но продолживший участие в боевых действиях, находится в зоне особо высокого риска развития тяжелых и резистентных к терапии форм ПТСР.

Последствия боевого стресса рассматриваются с позиций экологической психиатрии, при этом подчеркивается, что черепно-мозговая травма создает почву для формирования психосоматических расстройств, при которых психологический дистресс находит выражение в разнообразных телесных симптомах [Краснов, 2016]. Описано, что у комбатантов с черепно-мозговой травмой в анамнезе значительно чаще наблюдаются жалобы на головные боли, головокружения, вегетативные дисфункции, причем эти симптомы часто не коррелируют с объективными данными неврологического обследования и отражают скорее психологическую, чем органическую патологию.

Множественные и сочетанные ранения

Особую категорию составляют военнотружущие с множественными и сочетанными ранениями, когда повреждены несколько анатомических областей или систем организма. Отмечается, что при сочетанной травме клиническая картина стрессового расстройства часто маскируется соматическими жалобами и проявлениями болевого синдрома, что затрудняет своевременную диагностику психопатологических симптомов [Литвинцев, Успенский, 2009]. Подчеркивается важность активного выявления признаков ПТСР у всех пациентов травматологических отделений, получивших ранения в боевых условиях.

Множественность повреждений создает ситуацию когнитивной перегрузки, когда пострадавший не может адекватно распределить внимание между различными источниками боли и дискомфорта [Колов, 2018]. Это приводит к дезорганизации психологических защит и повышает риск развития диссоциативных симптомов. Описываются случаи, когда военнотружущие с сочетанными ранениями демонстрировали феномен избирательного внимания, фокусируясь на относительно незначительном повреждении и игнорируя более серьезные, что рассматривается как защитный механизм отрицания.

Исследования показывают, что длительность госпитализации и количество перенесенных хирургических вмешательств являются независимыми предикторами развития ПТСР [Резник, Сюняков, 2023]. Каждая операция, особенно проводимая в состоянии бодрствования или при неполной анестезии, может восприниматься как повторная травматизация и способствовать кумуляции стрессового воздействия. При этом отмечается парадоксальный эффект, когда длительное пребывание в стационаре, с одной стороны, обеспечивает медицинскую безопасность, но с другой стороны, создает условия для фиксации на патологических переживаниях и формирования "госпитализма".

Анализ динамики психопатологических симптомов у военнотружущих с ранениями различной степени тяжести показал, что паттерн изменения симптоматики различается в зависимости от характера повреждений [Марченко, Рунов, 2022]. При изолированных ранениях конечностей наблюдалась тенденция к постепенному уменьшению выраженности симптомов к концу первого месяца, тогда как при сочетанных повреждениях симптоматика часто нарастала на второй и третьей неделе после травмы, что связывается с накоплением усталости и истощением компенсаторных возможностей организма.

Психобиологические механизмы фиксации травматического опыта при физическом повреждении

Понимание нейробиологических процессов, лежащих в основе формирования ПТСР, значительно продвинулось в последние годы благодаря использованию современных методов нейровизуализации. При наличии физической травмы к психогенным механизмам добавляются нейровоспалительные процессы, нарушения гематоэнцефалического барьера и другие патофизиологические изменения [Сиволап, 2023].

Описывается концепция "двойного кодирования" травматического опыта, согласно которой информация о травматическом событии фиксируется одновременно в вербальной и невербальной форме [Цыган, Трашин, 2022]. При наличии органического поражения мозга нарушается процесс интеграции этих двух форм репрезентации, что приводит к формированию фрагментированных, плохо интегрированных воспоминаний, характерных для ПТСР. Боль и другие соматические ощущения, сопровождавшие ранение, становятся частью этого невербального кода и могут впоследствии выступать в качестве триггеров, запускающих непроизвольное воспроизведение травматических воспоминаний.

Обращается внимание на роль периферических механизмов в поддержании посттравматической симптоматики. Показано, что изменения в работе вегетативной нервной системы, эндокринной системы и иммунной системы, возникающие как реакция на тяжелое ранение, могут создавать устойчивое состояние гипервозбуждения, характерное для ПТСР [Марченко, Рунов, 2022]. При этом физиологические изменения и психологические переживания образуют порочный круг, в котором телесные симптомы усиливают тревогу, а тревога, в свою очередь, усугубляет соматические проявления.

Предлагается психологическая модель боевой травмы, в которой физическое повреждение рассматривается не только как источник боли и страдания, но и как символ уязвимости и смертности [Караяни, 2022]. Подчеркивается, что для многих военнослужащих ранение становится вещественным доказательством реальности угрозы смерти, с которой они столкнулись, и эта конфронтация с собственной смертностью может иметь глубокие экзистенциальные последствия, выходящие за рамки собственно медицинских проблем. Видимые следы ранения, особенно на открытых частях тела, постоянно напоминают о пережитой травме и препятствуют психологической дистанцированности от травматического события.

Описывается феномен "телесной памяти", при котором информация о травматическом событии сохраняется не только в виде когнитивных репрезентаций, но и в виде специфических паттернов мышечного напряжения, дыхания, сердечного ритма [Кекелидзе, Шпорт, 2024]. При наличии физического повреждения эти паттерны становятся особенно стойкими, поскольку они связаны с реальными изменениями в структуре и функции поврежденных тканей. Отмечается, что работа с такими случаями ПТСР требует интеграции психотерапевтических и телесно-ориентированных подходов.

Особенности клинической картины ПТСР при различных локализациях ранения

Локализация физического повреждения может существенно влиять на феноменологию посттравматического расстройства. Проведен детальный анализ психологических особенностей военнослужащих с различными типами ранений [Утюганов, Явнова, 2023]. При ранениях

нижних конечностей с последующей ампутацией преобладают депрессивные симптомы и чувство неполноценности, тогда как при ранениях лица и шеи чаще наблюдается социальная тревога и избегающее поведение, связанное со страхом негативной оценки со стороны окружающих.

Отмечается, что ранения в область туловища, особенно проникающие ранения грудной клетки и живота, часто сопровождаются интенсивным страхом смерти в момент травмы, что создает предпосылки для формирования панических атак в структуре ПТСР [Сукиасян, Тадевосян, 20134]. Описано, что у таких пострадавших нередко развиваются ипохондрические опасения, связанные с функционированием внутренних органов, и патологическая фиксация на телесных ощущениях.

Подчеркивается особая психологическая значимость ранений половых органов, которые, несмотря на относительно небольшую долю в общей структуре боевых повреждений, оказывают непропорционально сильное влияние на психическое состояние пострадавших [Колов, 2018]. Такие ранения затрагивают фундаментальные аспекты мужской идентичности и могут приводить к глубоким личностным изменениям, выходящим за рамки классических проявлений ПТСР. Отмечается высокая частота суицидальных мыслей и попыток в этой группе пострадавших.

Описано, что множественные осколочные ранения, характерные для современных боевых действий, создают особую клиническую картину, при которой пострадавший испытывает трудности с локализацией источника боли и дискомфорта [Шамрей и др., 2015]. Это приводит к формированию диффузного телесного дистресса, который плохо поддается симптоматической терапии и способствует хронизации болевого синдрома. При этом психологический компонент боли часто оказывается более значимым, чем её соматическая составляющая.

Заключение

Проведенный анализ современных исследований позволяет сделать вывод о том, что тяжесть и характер физического ранения представляют собой важные, но не единственные факторы, определяющие риск перехода острого стрессового расстройства в посттравматическое у комбатантов. Связь между объективными параметрами повреждения и выраженностью психопатологической симптоматики опосредуется множеством клинических, психологических и социальных переменных.

Особое значение имеет наличие черепно-мозговой травмы, которая создает условия для синергетического взаимодействия психогенных и органических механизмов формирования ПТСР. Органическое поражение центральной нервной системы нарушает процессы адаптивной обработки травматического опыта и снижает эффективность естественных механизмов психологической защиты.

Множественные и сочетанные ранения создают ситуацию когнитивной и эмоциональной перегрузки, затрудняют своевременную диагностику психопатологических симптомов и повышают риск хронизации расстройства. Длительность лечения и количество перенесенных операций являются независимыми предикторами неблагоприятного исхода.

Локализация ранения влияет на феноменологию посттравматического расстройства, определяя специфические паттерны симптоматики и требуя дифференцированного подхода к терапии. Особого внимания требуют ранения, затрагивающие видимые части тела, органы чувств и структуры, связанные с идентичностью.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку интегративных моделей,

учитывающих взаимодействие физических, психологических и социальных факторов в процессе формирования посттравматических расстройств у раненых комбатантов. Необходима разработка специализированных программ ранней диагностики и профилактики ПТСР, учитывающих специфику различных типов боевых ранений.

Библиография

1. Ахапкин Р.В., Введенский Г.Е. Прогностические факторы развития ПТСР: роль преморбидных особенностей личности // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32. № 2. С. 45–52.
2. Караяни А.Г. Психологическая модель боевой травмы: современное состояние // Психологический журнал. 2022. Т. 43. № 4. С. 28–37.
3. Кекелидзе З.И., Шпорт С.В. Особенности оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим в зонах вооруженных конфликтов // Российский психиатрический журнал. 2024. № 1. С. 12–19.
4. Колов С.А. Терапия и реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством и коморбидными расстройствами // Современная терапия психических расстройств. 2018. № 3. С. 18–26.
5. Краснов В.Н. Экологическая психиатрия и психосоматика (последствия боевого стресса). М.: Медицина, 2016. 284 с.
6. Литвинцев С.В., Успенский А.Ф. Особенности психопатологических проявлений у военнослужащих с боевой хирургической травмой // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности. 2009. № 4. С. 67–73.
7. Лыткин В.М., Днов К.В. Динамика психопатологических симптомов у военнослужащих с ранениями различной степени тяжести // Военно-медицинский журнал. 2022. Т. 343. № 8. С. 34–41.
8. Макарова Н.В., Киселева М.Г. Психологические особенности пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы // Клиническая и специальная психология. 2019. Т. 8. № 2. С. 11–28.
9. Марченко А.А., Рунов В.И. Психосоматические соотношения при боевой травме // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2022. № 3. С. 156–163.
10. Резник А.М., Сюняков Т.С. Стрессовые расстройства у комбатантов: факторы хронизации // Психиатрия. 2023. Т. 21. № 2. С. 23–31.
11. Сиволап Ю.П. Посттравматическое стрессовое расстройство: от нейробиологии к клинике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023. Т. 15. № 1. С. 78–85.
12. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационная помощь): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2008. 48 с.
13. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. О соотношении посттравматического стрессового расстройства и стресса (методологические вопросы) // Российский психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 35–40.
14. Утюганов А.А., Явнова И.И. Психологические особенности военнослужащих, получивших ранения в ходе выполнения боевых задач // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2023. № 1. С. 67–74.
15. Цыган В.Н., Трашин А.В. Патопсихология боевого стресса и последствия черепно-мозговых травм // Вестник образования и развития науки. 2022. № 2. С. 112–119.
16. Шамрей В.К., Курасов Е.С., Иванов М.В. Современные подходы к диагностике и терапии боевой психической травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2023. Т. 123. № 5. С. 45–53.
17. Шамрей В.К., Лыткин В.М., Снедков Е.В. Факторы риска развития боевой психической травмы // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015. № 2. С. 78–85.

Clinical and Pathogenetic Factors of Chronic Stress Disorder Development in Servicemen with Combat Injuries

Nataliya V. Gubareva

Master's Degree Student,
Institute of Psychology,
Moscow Psychological and Social University,
115191, 9A, 4-y Roshchinskiy passage, Moscow, Russian Federation;
e-mail: gubarewanata@yandex.ru

Gubareva N.V.

Abstract

The article examines the clinical and pathogenetic mechanisms of the transition of acute stress disorder to post-traumatic stress disorder in servicemen with combat injuries. The analysis of the influence of the nature, severity, and localization of physical trauma on the dynamics of psychopathological symptoms has been carried out. Particular attention is paid to the synergistic interaction of psychogenic and organic factors in the combination of combat psychological trauma with traumatic brain injuries. It is shown that the chronicization of stress disorders is determined not only by the objective severity of the injury, but also by a multitude of clinical, psychological, and social variables. Modern concepts of the neurobiological mechanisms of fixation of traumatic experience under the combined influence of psychogenic and organic pathology of the central nervous system are presented.

For citation

Gubareva N.V. (2026) Kliniko-patogeneticheskie faktory khronizatsii stressovykh rasstroystv u voennosluzhashchikh s boevymi raneniyami [Clinical and Pathogenetic Factors of Chronic Stress Disorder Development in Servicemen with Combat Injuries]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 15 (6A), pp. 13-22. DOI: 10.34670/AR.2026.44.46.002

Keywords

Post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, combat psychological trauma, traumatic brain injury, combatants, chronicization, clinical dynamics, combat injuries, psychotrauma, rehabilitation.

References

1. Akhupkin, R. V., & Vvedenskii, G. E. (2022). Prognosticheskiye faktory razvitiya PTSR: rol' premorbidnykh osobennostey lichnosti [Prognostic factors for development of PTSD: Role of premorbid personality traits]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry], *32*(2), 45–52.
2. Karayani, A. G. (2022). Psikhologicheskaya model' boyevoy travmy: sovremennoye sostoyaniye [Psychological model of combat trauma: Current state]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], *43*(4), 28–37.
3. Kekelidze, Z. I., & Shport, S. V. (2024). Osobennosti okazaniya psikhologo-psikhiatricheskoy pomoshchi postradavshim v zonakh vooruzhennykh konfliktov [Features of providing psychological and psychiatric assistance to victims in armed conflict zones]. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal], *1*, 12–19.
4. Kolov, S. A. (2018). Terapiya i reabilitatsiya kombatanov s posttravmaticheskim stressovym rasstroystvom i komorbidnymi rasstroystvami [Therapy and rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder and comorbid disorders]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv* [Modern Therapy of Mental Disorders], *3*, 18–26.
5. Krasnov, V. N. (2016). Ekologicheskaya psikiatriya i psikhosomatika (posledstviya boyevogo stressa) [Ecological psychiatry and psychosomatics (consequences of combat stress)]. *Meditsina*.
6. Litvintsev, S. V., & Uspenskii, A. F. (2009). Osobennosti psikhopatologicheskikh proyavleniy u voyennosluzhashchikh s boyevoy khirurgicheskoy travmoy [Features of psychopathological manifestations in military personnel with combat surgical trauma]. *Mediko-biologicheskkiye i sotsial'no-psikhologicheskkiye problemy bezopasnosti* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Security], *4*, 67–73.
7. Lytkin, V. M., & Dnov, K. V. (2022). Dinamika psikhopatologicheskikh simptomov u voyennosluzhashchikh s raneniyami razlichnoy stepenyazhesti [Dynamics of psychopathological symptoms in military personnel with injuries of varying severity]. *Voenno-meditsinskiy zhurnal* [Military Medical Journal], *343*(8), 34–41.
8. Makarova, N. V., & Kiseleva, M. G. (2019). Psikhologicheskkiye osobennosti patsiyentov s posledstviyami cherepno-mozgovoy travmy [Psychological features of patients with consequences of traumatic brain injury]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical and Special Psychology], *8*(2), 11–28.
9. Marchenko, A. A., & Runov, V. I. (2022). Psikhosomaticheskiye sootnosheniya pri boyevoy travme [Psychosomatic relationships in combat trauma]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii* [Bulletin of the Russian Military

- Medical Academy], *3*, 156–163.
10. Reznik, A. M., & Sunyakov, T. S. (2023). Stressovyye rasstroystva u kombatantov: faktory khronizatsii [Stress disorders in combatants: Factors of chronification]. *Psikhiatriya* [Psychiatry], *21*(2), 23–31.
 11. Shamrey, V. K., Kurasov, E. S., & Ivanov, M. V. (2023). Sovremennyye podkhody k diagnostike i terapii boyevoy psikhicheskoy travmy [Modern approaches to diagnosis and therapy of combat psychological trauma]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov], *123*(5), 45–53.
 12. Shamrey, V. K., Lytkin, V. M., & Snedkov, E. V. (2015). Faktory riska razvitiya boyevoy psikhicheskoy travmy [Risk factors for development of combat psychological trauma]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], *2*, 78–85.
 13. Sivolap, Yu. P. (2023). Posttravmaticheskoye stressovoye rasstroystvo: ot neyrobiologii k klinike [Post-traumatic stress disorder: From neurobiology to clinical practice]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics], *15*(1), 78–85.
 14. Snedkov, E. V. (2008). Boyevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lechenno-reabilitatsionnaya pomoshch) [Combat psychological trauma (clinical and pathogenetic dynamics, diagnosis, therapeutic and rehabilitation assistance)] (Doctoral dissertation abstract). St. Petersburg.
 15. Sukiasyan, S. G., & Tadevosyan, M. Ya. (2013). O sootnoshenii posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva i stressa (metodologicheskiye voprosy) [On the relationship between post-traumatic stress disorder and stress (methodological issues)]. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal], *4*, 35–40.
 16. Tsygan, V. N., & Trashin, A. V. (2022). Patofiziologiya boyevogo stressa i posledstviya cherepno-mozgovykh travm [Pathophysiology of combat stress and consequences of traumatic brain injuries]. *Vestnik obrazovaniya i razvitiya nauki* [Bulletin of Education and Science Development], *2*, 112–119.
 17. Utyuganov, A. A., & Yavnova, I. I. (2023). Psikhologicheskiye osobennosti voyennosluzhashchikh, poluchivshikh raneniya v khode vypolneniya boyevykh zadach [Psychological features of military personnel who received injuries during combat operations]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogy in Law Enforcement], *1*, 67–74.