

УДК: 159.922.7

DOI: 10.25629/RMPJ.2025.04.03

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ ВОЙНЫ: ИСТОРИКО-СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ВЕРНУВШИХСЯ С ПОЛЯ БОЯ

Чудаков А.Ю., Утюганов А.А.

Академия войск национальной гвардии

Аннотация

В статье представлен комплексный анализ психологических и психосоматических последствий участия в боевых действиях, рассматриваемых через призму историко-социокультурного контекста. Авторы исследуют эволюцию понимания психической травмы военнослужащих – от «солдатского сердца» времен Гражданской войны в США и «снарядного шока» Первой мировой до современного диагноза посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Особое внимание уделяется влиянию социальных факторов, таких как общественное восприятие ветеранов, государственная политика поддержки и социокультурные нормы, процессы диагностики, лечения и социальной реадaptации комбатантов. Наш анализ охватывает как современные данные о распространенности этого состояния, так и его историческое развитие, прослеживая эволюцию диагностических подходов. Мы исследуем многогранные причины возникновения ПТСР, подчеркивая, что оно является закономерной реакцией психики на экстремальные стрессовые воздействия. Несмотря на десятилетия исследований, многие аспекты этого расстройства остаются предметом дискуссий и требуют дальнейшего изучения. Особое внимание уделяется пробелам в понимании влияния на психическое здоровье таких факторов, как индивидуальные травмы, пережитое насилие (физическое и сексуальное) в семейной среде, а также длительные периоды хронического стресса и социально-психологического давления. Мы углубляемся в сложную проблематику ПТСР у военнослужащих, прошедших через горнило боевых действий в зоне специальной военной операции (СВО). В работе доказывается, что психическое расстройство, вызванное войной, является не только медицинской, но и глубоко социальной проблемой, требующей междисциплинарного подхода. Анализируются ключевые различия в подходах к реабилитации ветеранов различных вооруженных конфликтов XX и XXI веков, выявляются как универсальные паттерны травматизации, так и специфические, обусловленные характером войны и доминирующими в обществе ценностями.

Ключевые слова

посттравматическое стрессовое расстройство, причины возникновения ПТСР, военная психология, боевая психическая травма, боевой стресс, комбатант, социальная адаптация ветеранов, исторический анализ, социокультурный контекст, стигматизация, психологическая реабилитация

Об авторах

Александр Юрьевич Чудаков, доктор медицинских наук, профессор, академик АВН, академик МАНЭБ, академик МАИСУ, академик АЭСТ, профессор кафедры управления повседневной деятельностью Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Алексей Анатольевич Утюганов, доктор психологических наук, доцент, заместитель начальника Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации по научной работе – начальник научно-исследовательского центра, Санкт-Петербург, Россия

Ах, война, что ж ты сделала, подлая...

Б. Ш. Окуджава

Введение

Впервые массовое внимание к психологическим последствиям войны было привлечено в период Первой мировой войны. Термин «снарядный шок» (shell shock), предложенный британским психологом Чарльзом Майерсом, отражал доминировавшее тогда представление о физической природе расстройства. Считалось, что контузия от взрывной волны артиллерийских снарядов вызывает микроскопические повреждения головного мозга, приводя к таким симптомам, как тремор, амнезия, нарушения сна и эмоциональная лабильность. Однако последующие исследования, особенно работы Уильяма Риверса, показали, что «снарядный шок» часто возникал у солдат, не подвергавшихся непосредственному воздействию взрывов и воздушной ударной взрывной волны, что поставило под сомнение чисто физиологическую этиологию [1]. У. Риверс и его коллеги начали рассматривать эти симптомы как проявление глубокой психологической травмы, вызванной ужасами войны, страхом смерти и разрушением привычного мира [1]. В межвоенный период и во время Второй мировой войны появились новые термины, такие как «боевая усталость» (combat fatigue) и «военный невроз» (war neurosis), которые отражали растущее понимание психологической природы этих состояний. Однако, несмотря на прогресс в понимании, стигматизация ветеранов, страдающих от психических расстройств, оставалась значительной [1; 3; 20]. Общество часто воспринимало их симптомы как проявление слабости характера или трусости, что затрудняло обращение за медицинской и психологической помощью и социальную реабилитацию. Государственные системы поддержки были зачастую неадекватны, а медицинские учреждения не всегда обладали необходимыми знаниями и ресурсами для эффективного лечения.

РевOLUTIONНЫМ этапом в осмыслении боевой психической травмы стало появление в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM) диагноза «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) в 1980 году. Это позволило систематизировать и научно обосновать комплекс симптомов, возникающих после переживания травматического события, включая боевые действия. ПТСР стало признанным медицинским диагнозом, что способствовало дестигматизации и развитию специализированных методов лечения [1; 6; 20]. Однако, даже с появлением ПТСР, социокультурный контекст продолжает играть критическую роль. Общественное восприятие ветеранов, характер вооруженного конфликта (например, специальная военная операция, партизанская война против регулярной армии, участие в миротворческих операциях или контртеррористических операциях), а также культурные представления о патриотизме, мужестве и долге, все это влияет на то, как ветераны переживают травму, как они обращаются за помощью и насколько успешно проходят процесс реабилитации [1; 2; 19; 20; 22; 24; 25].

Основная часть

История изучения психических состояний, связанных с участием в боевых действиях, начинается с Гражданской войны в США. В 1871 году Дж. К. Да Коста [1] опубликовал результаты своего исследования, где описал функциональные нарушения сердечной деятельности у новобранцев, вызванные стрессом [11]. Этот труд стал отправной точкой для дальнейших попыток врачей разных стран осмыслить так называемые «военные синдромы» – функциональные расстройства у участников боевых действий, не обусловленные физическими ранениями. Так, во время Первой мировой войны, к весне 1916 года, в армиях Антанты из-за сердечных патологий было комиссовано более 33 тысяч военнослужащих, причем 7,4% из них имели диагноз «синдром усилия». Аналогичная ситуация наблюдалась и в британской армии: к осени 1918 года свыше 40 тысяч человек были признаны негодными к службе по сердечным заболеваниям, значительную часть которых, учитывая возраст солдат, составлял диагноз «раздраженное сердце» [1; 13]. Эти состояния описывались под различными названиями, такими как «раздраженное сердце», «синдром Да Косты», «солдатское сердце», «сердце старого сержанта», «ветер от пролетевшего снаряда», «кардио-васкулярный невроз», «вегетоз», «психоневроз военного времени», «боевая усталость» и «боевое истощение». Некоторые специалисты также связывали подобные проявления с «автографом войны» – контузией – «снарядным шоком», предполагая его этиологию в черепно-мозговых травмах, полученных в результате обстрелов и минно-взрывных травм [2].

Среди отечественных специалистов стоит отметить выдающегося психиатра А.И. Озерецковского, в своей диссертации «Об истерии в войсках» он одним из первых предположил, что боли в сердце и учащенное сердцебиение у участников боевых действий могут иметь психогенную природу [3; 26; 34].

Лишь после вмешательства США во Вьетнаме удалось достичь общего мнения относительно психических нарушений, возникающих у комбатантов. Соматические симптомы стали рассматриваться как проявления психического расстройства, затрагивающие вегетативную нервную систему. В 1970-е годы появилось понятие «военного», «вьетнамского» или «пост-вьетнамского синдрома» [4; 5; 19; 31]. Впоследствии, в третьем издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III), был введен термин ПТСР. Это расстройство было выделено в отдельную категорию тревожных расстройств, основываясь на исследованиях ветеранов боевых действий, и отличалось от ранее существовавших невротических состояний. До этого для описания подобных состояний использовались термины вроде «временное ситуационное расстройство», «психическое состояние ситуационно обусловленное» или «реакция на тяжелый стресс», которые не опирались на эмпирические данные. Было достигнуто согласие относительно клинической картины и причин возникновения ПТСР. Помимо военных действий, в качестве триггеров стали признаваться и другие чрезвычайные (экстремальные) ситуации [2; 7]. Это послужило стимулом для проведения масштабных клинических исследований и разработки методов лечения. Результаты полевых исследований позволили уточнить диагностические критерии.

ПТСР определяется как психическое расстройство экзогенного происхождения, возникающее в ответ на воздействие сильного стрессового фактора. Чаще всего этот фактор несет непосредственную угрозу жизни, здоровью или благополучию человека и вызывает сильный дистресс. Отмечено, что реакция на стрессоры, связанные с действиями других людей (например, изнасилование), как правило, более выражена и длительна. Это объясняется тем, что такие стрессоры сильнее затрагивают систему межличностных отношений человека, в отличие от обезличенных событий, таких как природные катастрофы. На практике симптомы ПТСР можно разделить на три основные группы:

1. Повторяющееся переживание травмирующего события (интрузия): спонтанно возникающие навязчивые воспоминания о травме, ощущение возвращения в травматическую ситуацию (в виде иллюзий, галлюцинаций, флешбэков).

А. Интрузия (навязчивое вторжение) – это когда травмирующие события, переживания или ощущения внезапно и непроизвольно возвращаются, и как будто происходят прямо сейчас. Это может проявляться в виде ярких воспоминаний (флешбэков), иллюзий, галлюцинаций или кошмаров (страхов). Такие вторжения возникают из-за неосознанных ассоциаций с травмой и вызывают сильное психологическое страдание, иногда сопровождаясь соответствующим поведением. Часто триггерами (спусковыми крючками) для интрузий становятся обстоятельства, которые напоминают о травме или похожи на нее. Например, годовщина травматического события или новогодние фейерверки для ветеранов боевых действий, военные фильмы, криминальная хроника, вид кладбищ (воинских захоронений) и т.д. Подобные триггеры, активируя нейронные сети, связанные с травматическим опытом, минуя рациональную обработку информации, что приводит к мгновенной и интенсивной эмоциональной реакции. Нейробиологические исследования показывают, что при интрузиях наблюдается повышенная активность в миндалевидном теле (амигдале), структуре мозга, отвечающей за обработку эмоций, особенно страха, и снижение активности в префронтальной коре, области, отвечающей за когнитивный контроль и регуляцию эмоций. Это дисбаланс приводит к тому, что эмоциональная память доминирует над рациональным осмыслением ситуации, заставляя человека переживать травму так, словно она происходит в настоящем. Дальнейшие исследования фокусируются на роли гиппокампа, структуры мозга, отвечающей за формирование и консолидацию памяти, в патогенезе интрузий. Предполагается, что травматический опыт может нарушать нормальную работу гиппокампа, приводя к фрагментации и деконтекстуализации воспоминаний. В результате, воспоминания о травме хранятся в виде разрозненных сенсорных и эмоциональных фрагментов, которые легко активируются триггерами и вызывают интрузии. Понимание этих нейробиологических механизмов имеет решающее значение для разработки эффективных методов лечения, направленных на восстановление когнитивного контроля над эмоциональной памятью и интеграцию травматического опыта в автобиографическую память. К таким методам относятся, например, экспозиционная терапия, когнитивно-поведенческая терапия и фармакологические вмешательства, направленные на модуляцию активности нейротрансмиттерных систем, участвующих в обработке страха и памяти.

Б. Флешбэк (возврат в прошлое), в обыденной жизни флешбэк означает возвращение к прошлому, переживание чувств, эмоций или ситуаций из прошлого. Этот термин пришел из кино, где он используется для обозначения отступлений от основного сюжета, когда показывают события, произошедшие ранее. Такие «обратные кадры» (ретроспективы) часто помогают понять мотивы героев и их поступки. В психиатрии флешбэк – это спонтанное, реалистичное и как бы «живое» воспоминание о травматических событиях, которое возникает без сознательного усилия. В наркологии флешбэки – это внезапные, кратковременные возвращения симптомов интоксикации, даже если человек не употреблял психоактивные вещества (ПАВ). В нейронауках феномен флешбэка рассматривается как результат сложной интеграции процессов памяти, эмоций и восприятия. Исследования показывают, что ключевую роль в формировании и воспроизведении флешбэков играют такие структуры мозга, как амигдала (миндалевидное тело), гиппокамп и префронтальная кора. Амигдала, отвечающая за обработку эмоций, особенно страха, активируется при воспоминании травматических событий, что приводит к интенсивному эмоциональному переживанию, характерному для флешбэков. Гиппокамп, играющий важную роль в формировании автобиографической памяти, обеспечивает контекстуальную информацию, связывая воспоминание с конкретным местом, временем и обстоятельствами. Наконец, префронтальная кора, отвечающая за исполнительные функции и регуляцию эмоций, может оказывать как модулирующее, так и дезорганизирующее влияние на процессы воспроизведения памяти, что объясняет спонтанность и неконтролируемость флешбэков. Дальнейшие исследования направлены на изучение нейронных механизмов, лежащих в основе различий между обычными воспоминаниями и травматическими флешбэками. Особое внимание уделяется роли стрессовых гормонов, таких как кортизол, в консолидации травматических воспоминаний и их последующем воспроизведении. Предполагается, что высокий уровень кортизола во время травматического события может приводить к гиперконсолидации сенсорной информации, связанной с травмой, что делает эти воспоминания особенно яркими и навязчивыми.

Кроме того, изучается влияние генетических факторов и индивидуальных различий в структуре и функции мозга на предрасположенность к развитию флешбэков после травматических событий. Понимание этих механизмов позволит разработать более эффективные стратегии профилактики и лечения расстройств, связанных с травматическими воспоминаниями, таких как ПТСР.

В. «Флешфорварды» – иногда вместо возвращения в прошлое могут возникать пугающие представления о будущем, как будто человек видит ожидаемое событие (например, собственные похороны, похороны близких и друзей, военные и природные катастрофы, возникающие с ним). Эти внезапные и яркие видения, лишённые контекста и контроля, могут вызывать сильное чувство тревоги и беспомощности. В отличие от воспоминаний, которые мы можем анализировать и осмысливать, флешфорварды предстают как неотвратимая реальность, что делает их особенно травмирующими. Психологические исследования показывают, что подобные предчувствия могут быть связаны с повышенным уровнем стресса, ПТСР или даже с определёнными неврологическими особенностями, влияющими на обработку информации о времени и угрозах [35].

Г. Эмоциональный дискомфорт – в ситуациях, похожих на травматические или вызывающих даже отдалённые ассоциации с ними, возникает сильное чувство дискомфорта, сопровождающееся физическими симптомами, типичные проявления включают в себя: учащённое сердцебиение – сердце начинает биться гораздо быстрее, словно пытаясь убежать от надвигающейся опасности; чувство нехватки воздуха, удушье – возникает ощущение, будто грудь сжимается, и дышать становится трудно, как будто воздух просто не поступает в лёгкие; потливость – тело, голова, конечности начинают обильно потеть, даже если нет физической нагрузки или жары; боли в области живота – часто появляются неприятные ощущения, спазмы или даже разлитые боли в животе; императивные позывы на дефекацию или мочеиспускание – внезапно и очень сильно возникает потребность сходить в туалет – «медвежья болезнь», что может быть крайне неловким и усиливать общее чувство тревоги. Эти физические симптомы являются естественной реакцией организма на perceived угрозу, даже если сама угроза не является реальной в данный момент. Это своего рода «сигнал тревоги», который тело посылает, чтобы подготовиться к борьбе, бегству (фуга) или оцепенению (ступору, маскировке), даже если ситуация не требует таких действий.

2. Избегание (отчуждение): попытки избежать мыслей, чувств, мест или людей, напоминающих о травме, апатия и отчуждение от себя.

А. Избегание – люди, пережившие травму, часто стараются избегать мест, людей, ситуаций, разговоров, чувств и мыслей, которые напоминают о травме.

Б. Потеря интереса к жизни (апатия) – может развиваться состояние, когда человек теряет интерес к тому, что раньше приносило удовольствие, и уверен, что жизнь никогда не будет прежней (антиципационная ангедония).

В. Отчуждение от себя и реальности – деперсонализация, т.е. человек чувствует себя оторванным от других, как будто наблюдает за собой со стороны – за своими мыслями, телом. Может казаться, что все происходит как во сне, или что собственная личность/тело нереальны, время замедлилось.

Г. Дерезализация – окружающий мир воспринимается как нереальный, похожий на сон, далекий или искаженный.

Когда человек переживает травму, его психика часто включает защитные механизмы, призванные «оградить» его от повторного столкновения с болью. Одним из таких механизмов является избегание. Это не просто сознательное решение держаться подальше от чего-то неприятного, а скорее глубоко укоренившаяся реакция, которая может проявляться на разных уровнях. Представьте, что травма – это рана в душе и теле [23]. Избегание – это попытка не прикасаться к ней, не ворошить, чтобы она не болела снова, это своеобразная защита, «щит». Это может означать избегание мыслей и чувств, человек старается не думать о произошедшем, подавлять воспоминания, заглушать эмоции, связанные с травмой. Это похоже на то, как если бы

вы пытались не думать о чем-то очень болезненном, но оно все равно всплывает в сознании, вызывая дискомфорт. Избегание мест и людей, так как определенные места, звуки, запахи или даже люди могут стать триггерами, которые невольно возвращают к травматическому опыту. В ответ на это человек может начать избегать этих мест или общения с этими людьми, даже если это означает изоляцию от привычной жизни. Постоянное избегание и попытки подавить травматические переживания могут привести к более глубоким и тревожным состояниям, таким как апатия и отчуждение от самого себя, когда физическая и душевная боль становятся фоном. Апатия — это состояние, когда человек теряет интерес к жизни, к тому, что раньше приносило радость или удовлетворение. Эмоции притупляются, мир кажется серым и безрадостным. Это может быть следствием того, что психика, постоянно находясь в состоянии «боевой готовности» или, наоборот, в попытке «заморозить», «засушить» себя, истощается и перестает реагировать на внешние стимулы. Отчуждение от себя — это ощущение, будто вы наблюдаете за своей жизнью со стороны, как будто вы не полностью присутствуете в своем теле или в своих мыслях. Человек может чувствовать себя «не в своей тарелке», не узнавать себя в зеркале, или ощущать, что его чувства и реакции ему не принадлежат. Это может быть защитной реакцией, когда часть личности как бы «отделяется» от травматического опыта, чтобы сохранить целостность. Однако эта «защита» может привести к потере связи с собственным «Я», с собственными желаниями и потребностями. Вместе эти проявления — избегание, апатия и отчуждение от себя — могут создавать замкнутый круг, который мешает человеку исцелиться и вернуться к полноценной жизни. Понимание этих механизмов является первым шагом к тому, чтобы начать процесс восстановления и вновь обрести связь с собой и миром.

3. Повышенная возбудимость может проявляться бессонницей, трудности с засыпанием и частые пробуждения, сновидения, раздражительность, повышенная бдительность, трудности с концентрацией внимания [24]. Также возможны повторяющиеся кошмарные сновидения, отражающие травматические переживания, страхи (фобии). Может наблюдаться повышенная пугливость, постоянная настороженность, резкие вздрагивания и трудности с концентрацией внимания. Эти симптомы часто сопровождаются вегетативными нарушениями, такими как учащенное сердцебиение, потливость, мышечное напряжение и дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, что свидетельствует о гиперактивации симпатической нервной системы. На когнитивном уровне это может выражаться в навязчивых мыслях, склонности к катастрофизации и снижении способности к релаксации. Эмоционально, индивиды могут испытывать повышенную тревожность, чувство беспокойства и эмоциональную лабильность. В поведенческом плане это может проявляться в избегающем поведении, склонности к импульсивным реакциям, а также в трудностях с поддержанием социальных контактов из-за повышенной чувствительности к внешним стимулам. В совокупности эти проявления указывают на дисрегуляцию нервной системы, приводящую к снижению адаптивных возможностей организма и ухудшению качества жизни индивида.

В современной медицине ПТСР становится все более актуальной темой для исследований как в мире, так и в России. Несмотря на обширный мировой опыт изучения этого состояния, в отечественной психиатрии ПТСР как отдельный диагноз появилось относительно недавно — в 1999 году [8].

Распространенность ПТСР напрямую связана с частотой травматических событий и катастроф. В среднем, оно встречается у 2,8% населения, но этот показатель значительно варьируется. Среди обычных людей ПТСР диагностируется в 1-14% случаев, а среди тех, кто пережил бедствие или катастрофу, этот показатель может достигать 35%. После особо разрушительных событий ПТСР может развиваться у 55-85% выживших. Эпидемиологические данные показывают, что количество людей с ПТСР возрастает в условиях локальных и масштабных событий, включая военные конфликты. На вероятность развития ПТСР влияют различные факторы, такие как характер травмы (её последствия), пол, возраст и социокультурные особенности. В мирное время ПТСР чаще встречается у женщин (1,6%), чем у мужчин (0,7%). Однако в группах риска, например, среди жителей регионов, подверженных стихийным бедствиям, катастрофам или военным

конфликтам, распространенность ПТСР может достигать 75-95%. ПТСР может возникнуть в любом возрасте, но чаще встречается у молодых людей. Дети также подвержены этому расстройству. Например, около 85% детей, получивших ожоги, развивают ПТСР в течение 1-2 лет после травмы, в то время как у взрослых этот показатель составляет около 35%. Это объясняется тем, что у детей еще не сформированы механизмы преодоления травматического опыта [5; 9; 29; 32]. Аналогичная ситуация наблюдается и у пожилых людей, у которых механизмы защиты от психической травмы становятся менее гибкими, а ее воздействие усиливается из-за сопутствующих заболеваний. Некоторые исследования показывают, что взрослые женщины могут более болезненно переживать травмирующие события, чем мужчины, в то время как среди детей мальчики более чувствительны к стрессорам, чем девочки [5; 9; 29; 32].

Массовые бедствия значительно увеличивают распространенность ПТСР [7]. Расстройство может развиться не только у непосредственных жертв, но и у очевидцев, спасателей, родственников и медицинского персонала. Развитие ПТСР может наблюдаться у трех групп людей:

1. Непосредственные свидетели или участники травмирующего события. Те, кто оказывал помощь пострадавшим или находился рядом во время происшествия.

2. Помимо тех, кто непосредственно пережил травмирующее событие или стал его свидетелем, существует еще одна категория лиц, подверженных риску развития посттравматического стрессового расстройства. Это те, кто узнал о трагедии уже после того, как она произошла, т.е. лица, узнавшие о трагедии постфактум. ПТСР обычно возникает как реакция на сильный стресс, который может быть как кратковременным (острым), так и продолжительным (хроническим). Острая реакция на стресс проявляется в течение первого месяца после пережитой психической травмы. Если же симптомы сохраняются месяцами, годами или даже десятилетиями, это расценивается как хроническая форма ПТСР.

3. Члены семьи и близкие люди пострадавших. Эта группа, хотя и не была непосредственно вовлечена в травмирующее событие, может испытывать значительный эмоциональный стресс, наблюдая за страданиями своих близких, их последствиями и процессом восстановления. Их переживания могут включать чувство беспомощности, вины, страха за будущее члена семьи, а также вторичную травматизацию, когда они начинают идентифицировать себя с переживаниями пострадавшего. В таких случаях, даже не будучи непосредственными свидетелями, они могут демонстрировать симптомы, схожие с ПТСР, такие как навязчивые мысли о произошедшем, избегание напоминаний о травме, повышенная возбудимость и негативные изменения в настроении и когнитивных функциях.

Важно понимать, что ПТСР является следствием сильного стресса, который может иметь две основные формы: острый, то есть кратковременный, и хронический, то есть продолжительный. Острая реакция на стресс обычно проявляется в течение первого месяца после пережитой психической травмы. Однако, если симптомы сохраняются на протяжении месяцев, лет или даже десятилетий, это уже классифицируется как хроническая форма ПТСР. Эта классификация применима ко всем трем группам, хотя механизмы развития и проявления могут иметь свои особенности в зависимости от степени непосредственного контакта с травмой. Например, у тех, кто узнал о трагедии постфактум, стресс может быть опосредованным, но его интенсивность и продолжительность могут быть достаточными для запуска патологических процессов.

Факторы, влияющие на развитие ПТСР, многогранны и включают в себя как характеристики самого травмирующего события (его интенсивность, продолжительность, угроза жизни и здоровью), так и индивидуальные уязвимости человека (наличие в анамнезе других травм, генетическая предрасположенность, особенности личности, социальная поддержка) [35]. Для третьей группы, членов семьи и близких, к этим факторам добавляется степень эмоциональной близости с пострадавшим и качество их взаимоотношений до травмы. Чем сильнее связь и чем более значимым был пострадавший для человека, тем выше вероятность развития вторичной травматизации и симптомов ПТСР. Таким образом, понимание этих трех групп и факторов риска позволяет более точно диагностировать и разрабатывать эффективные стратегии профилактики и лечения посттравматического стрессового расстройства.

Исследования ПТСР, продолжающиеся до сих пор, сосредоточены на влиянии характера травмирующего события и причин стресса на развитие расстройства. Подобная симптоматика, наблюдаемая при боевых травмах, была выявлена у более чем 85% узников нацистских концентрационных лагерей во время Второй мировой войны [2; 8]. Уже тогда эти состояния относили к невротическим расстройствам. Спустя 5-10 лет после окончания войны у некоторых ветеранов начали проявляться тревожность, ночные кошмары с военным содержанием, агрессивность, подавленное настроение и трудности в общении [10; 22]. Понимание того, какие события могут вызывать психические расстройства, напоминающие ПТСР, значительно расширилось. Стало очевидно, что подобные симптомы возникают не только в результате боевых действий, но и при других травмирующих ситуациях, угрожающих жизни или физической неприкосновенности. К таким событиям относятся криминальные нападения, сексуальное насилие, террористические акты, угрозы близким, а также природные и техногенные катастрофы (землетрясения, наводнения, пожары, аварии). Исследования выживших после бомбардировок Хиросимы показали, что катастрофы, в том числе техногенные, могут вызывать продолжительные психические нарушения, названные «синдромом выживших». Ранние наблюдения за жертвами крупных пожаров и морских катастроф также выявили схожие симптомы, такие как навязчивые воспоминания и тревожные состояния, которые тогда называли «посттравматическим неврозом выживших». Однако полноценное внимание к этим проблемам появилось только после войны во Вьетнаме. В связи с увеличением числа локальных войн во второй половине XX века, исследователи вновь сосредоточились на влиянии военного стресса. Работы, основанные на опыте вьетнамской войны, привели к появлению понятия «поствьетнамский синдром». Впоследствии этот список пополнился терминами, отражающими последствия других конфликтов и специфических угроз, таких как «радиационная фобия» и постстрессовые расстройства у жертв терроризма [19].

В конце 19-го столетия возрос интерес к изучению воздействия психических травм, вызванных хроническим стрессом, в том числе социального характера. Продолжались исследования состояний людей, переживших травмирующие события в мирное время, такие как пожары, вынужденное переселение, плен, сокращения на работе, призыв на военную службу (мобилизация) и демобилизация. Были выявлены ключевые отличия психопатологических расстройств в экстремальных условиях от обычных. Во-первых, в чрезвычайных ситуациях расстройства затрагивают одновременно большое количество людей. Во-вторых, клиническая картина таких массовых реакций становится более унифицированной, теряя ярко выраженную индивидуальность. В-третьих, даже после окончания катастрофы пострадавшие вынуждены продолжать бороться за свое выживание и благополучие близких [28]. К концу прошлого века, несмотря на разнообразие травмирующих факторов, был собран значительный объем данных, указывающих на наличие общих симптомов. Ф. Кардинер (1959) систематизировал эти клинические проявления. Было установлено, что они не соответствуют ни одной из существующих нозологических форм. Поэтому М. Хоровиц и его коллеги (1980) предложили ввести новую диагностическую категорию – «посттравматическое стрессовое расстройство». Впоследствии были разработаны критерии для его диагностики, которые были отражены в американской классификации DSM-3 R и рассматривались в рамках невротических расстройств, таких как «невроз тревоги» и «транзиторные ситуационные расстройства» [18; 21].

Современная психиатрия использует термин «ПТСР», однако его значение неоднозначно. С одной стороны, это широкое понятие, описывающее любое расстройство, возникшее после стрессового события. С другой стороны, оно трактуется узко, как специфическая нозологическая форма, поскольку не каждое постстрессовое расстройство соответствует критериям ПТСР. Эта неопределенность затрудняет диагностику даже для специалистов-психиатров. Помимо содержания и причин травматического стресса, исследователи изучают и другие его характеристики, влияющие на развитие заболевания. Наиболее важным фактором, определяющим продолжительность и глубину психических нарушений, считается сила стресса. Это подтверждается, например, тем, что почти все выжившие в концентрационных лагерях страдали

от невротических расстройств [31]. Ю.А. Александровский выделяет два ключевых фактора, влияющих на пострадавших от стихийных бедствий и катастроф [2; 3]:

1. Интенсивность и внезапность чрезвычайного события.
2. Психосоциальная ситуация, сложившаяся в месте происшествия.

Он также отмечает различия в клинических проявлениях острого и хронического стресса. При внезапном стрессе доминирует страх, который затем переходит в астенические и невротические состояния, а также может вызвать декомпенсацию личностных черт. При медленно развивающемся стрессе преобладает тревога, которая также меняется по мере развития ситуации. Оба типа стресса могут привести к развитию пограничных психических расстройств. Другие исследователи согласны с этим и добавляют важность прогнозирования будущих событий после психической травмы. Если ожидания пострадавшего, даже негативные, совпадают с реальностью, это дает чувство уверенности. Несовпадение же порождает неуверенность, страх перед будущим, нарушение привычного образа жизни и изменение социальной роли человека. Особо подчеркивается, что значение имеет не только само событие, но и то, как его воспринимает личность. На начальных этапах реакция на различные виды стресса может быть схожей, но на более поздних стадиях характер реагирования меняется в зависимости от типа чрезвычайной ситуации. Также установлено, что длительность воздействия психической травмы увеличивает вероятность развития ПТСР. Развитие ПТСР обусловлено сложным взаимодействием множества факторов. Ключевую роль играют:

1. Характер травмирующего события: будь то война, стихийное бедствие, пандемия COVID-19, техногенная катастрофа или насилие [1; 6; 7].
2. Интенсивность стресса: от легкой ситуации до катастрофической [1; 2; 5; 7; 33].
3. Продолжительность воздействия стресса: от кратковременного до длительного [1; 4; 15; 19].
4. Скорость развития стресса: острое или хроническое воздействие [2; 7; 21].
5. Масштаб трагедии: индивидуальное или массовое событие [3; 7; 17].
6. Субъективное восприятие события: личная интерпретация произошедшего [3; 17; 20; 23].
7. Социальный контекст: социально-психологическая обстановка, в которой оказался пострадавший [6; 14; 30; 39; 40].
8. Прогноз последствий: оценка индивидуумом долгосрочных последствий травматических событий [10; 22; 27; 33; 35; 40].

В связи с этим, в настоящее время широко распространено мнение о многофакторной природе ПТСР. Неоднозначность в определении критериев травмирующих событий, приводящих к ПТСР, приводит к расширению или сужению диагностических границ расстройства. Для решения этой проблемы разрабатываются классификации бедствий, разделяющие их на природные и техногенные.

Техногенные катастрофы подразделяются на преднамеренные (войны, диверсии, теракты) и непреднамеренные. Травматические события, вызванные человеком, также классифицируются по возможности принятия защитных мер. Природные катаклизмы делятся на предсказуемые (ураганы, наводнения) и менее предсказуемые (землетрясения). Антропогенные катастрофы (пожары, дорожно-транспортные аварии и т.д.) также могут приводить к развитию ПТСР. Психические травмы могут быть личными (изнасилование, тяжелая болезнь или смерть близкого) или общими, массовыми (война, катастрофа, теракт). В целом, травмирующее событие может быть вызвано как естественными силами, так и несчастным случаем.

В настоящее время активно обсуждается вопрос о том, какие именно травмирующие события приводят к развитию ПТСР. Существует мнение, что некоторые события, такие как пытки, практически всегда вызывают ПТСР, в то время как другие, например, дорожно-транспортные происшествия, приводят к нему лишь в отдельных случаях. При этом, по мнению ряда исследователей, человеческий фактор, будь то отношение к происходящему или неблагоприятные

социальные условия, играет важную роль в развитии ПТСР даже при «естественных» бедствиях. Эта идея не нова: еще древнеримский философ Сенека отмечал внезапность и скрытность опасности, исходящей от человека. Сложность диагностики ПТСР усугубляется отсутствием четкой классификации травмирующих событий и терминологической путаницей в определении психогенных факторов. В связи с этим, среди специалистов ведутся споры о целесообразности постановки диагноза ПТСР на основании причинного события. Разнообразие терминов, используемых для описания причин расстройства (стресс, катастрофа, чрезвычайная ситуация и т.д.), также вносит неясность. Разные авторы используют различные подходы, определяя травму как «событие», «совокупность стереотипных реакций организма на экстремальные факторы» или «чрезвычайную ситуацию», что значительно расширяет спектр событий, способных вызвать постстрессовые реакции.

Существует неопределенность в разграничении понятий «психическая травма» и «кризисная ситуация». Е. Жорняк и соавт. определяют психическую травму как событие, кардинально меняющее жизнь, характеризующееся разрывом связи между прошлым и будущим и негативным субъективным восприятием [14]. Кризисная ситуация, по их мнению, проявляется в сужении восприятия времени до «здесь и сейчас», ощущении нехватки ресурсов для преодоления и угрозе смысловым и ценностным ориентирам. Важно, что кризисные ситуации затрагивают не только непосредственных участников, но и свидетелей, спасателей и других [26]. Некоторые исследователи рассматривают чрезвычайные ситуации как нарушение стабильности индивида и окружающей среды, при этом подчеркивая роль личности в определении тяжести последствий. Для определения бедствия, согласно другим авторам, необходимы экстраординарные события, вызывающие разрушения, смерть или страдания, а также нарушение социальной адаптации и адекватных форм реагирования сообщества. Признание события бедствием требует оценки не только его масштаба, но и угрозы для социальной структуры, способности к адаптации и осмыслению в рамках культуры. В настоящее время ПТСР связывают с событиями, выходящими за рамки обычного опыта, вызывающими сильный стресс, страх и беспомощность. Диагностические критерии ПТСР в России основаны на американской классификации, которая, в отличие от традиционных медицинских принципов, использует психологические теории личности, что создает трудности для отечественных врачей. В связи с этим предпринимаются попытки выделить специфические клинические проявления ПТСР.

Особенности психических травм у женщин, переживших сексуальное насилие, включают потерю обычной эмоциональности, развитие агорафобии и социальных фобий, повышенную возбудимость, раздражительность и частые ночные кошмары (так называемый «синдром изнасилованных») [5; 9; 29; 38]. Особое внимание уделяется травмирующим событиям, жестокому обращению и стрессам, которые ребенок испытывает в семейной среде [9; 28; 32]. Существуют разные точки зрения на то, является ли утрата объекта исключительной важности тяжелым стрессом и может ли она спровоцировать развитие ПТСР. Некоторые исследователи полагают, что подобные психотравмирующие факторы могут привести к ПТСР [4; 8; 12; 30]. Установлено, что при таких травмах психологическое нарушение равновесия «Я» проявляется в сфере личных ценностей человека [4]. Некоторые авторы предполагают, что стресс может быть переосмыслен как неспецифический триггер, запускающий универсальные реакции. Они предлагают модель гетерогенного механизма, объясняющего разнообразие клинических проявлений ПТСР. Однако другие исследователи не согласны с этим. Они считают, что временные трудности в социальной и профессиональной сферах после потери близкого человека, при отсутствии дополнительныхотячающих обстоятельств, являются естественной реакцией (гореванием) на утрату [2; 6; 18; 33; 37]. Отмечаются специфические проявления ПТСР после техногенных катастроф. Они отличаются не только причиной возникновения, но и механизмами развития изменений в организме, особенно при радиационном воздействии, а также особенностями клинической картины, долгосрочными последствиями и подходами к лечению и реабилитации [2; 7; 27; 28].

Исследователи сходятся во мнении, что ПТСР является психогенным расстройством, то есть вызванным стрессом. Тем не менее, многообразие травмирующих событий, приводящих

к ПТСР, стимулирует ученых к поиску специфических маркеров. При этом авторы стремятся описать особенности переживаний, напрямую связанные с характером и содержанием самой травмы. Параллельно остро стоит вопрос о разработке четких клинических критериев для описания синдромологических проявлений ПТСР. Особый интерес вызывают расстройства, спровоцированные событиями с большим числом жертв, такими как войны, теракты и катастрофы. Менее изучены индивидуальные психические травмы, а также воздействие хронической психической травмы, сопровождающейся длительным психоэмоциональным напряжением. Учитывая большое количество травмирующих событий, произошедших в последние годы по всему миру, весьма вероятно, что число людей с диагностированным ПТСР и его последствиями в виде девиантного (аддиктивного, суицидального) поведения возрастет в течение следующего десятилетия [7; 16; 36; 39; 39]. Это может стать одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения нашего столетия. Этому способствует и тот факт, что симптомы ПТСР редко исчезают полностью. Восстановление после ПТСР – это длительный и дорогостоящий процесс, что диктует необходимость разработки новых подходов и теоретических моделей, углубления знаний о клинических проявлениях и поиска более эффективных методов профилактики, лечения и реабилитации [6; 8; 12; 18; 27; 38]. Полагаем, что ПТСР встречается часто, как правило, травмирующие события коренятся в сильных психологических стрессах, возникающих в семейной, рабочей, служебной среде и в экстремальных (чрезвычайных) ситуациях. Причинами таких психических травм чаще всего становятся физическое или сексуальное насилие, побои, инцест, жестокое обращение, потеря близких, а также наличие у самого человека или его родственников тяжелых хронических заболеваний или серьезных финансовых трудностей, природные и техногенные катастрофы, военные действия, диверсии и террористические акты. Стрессовые факторы могут быть однократными или повторяться систематически на протяжении многих лет, даже десятилетий, оказывая изнуряющее и хроническое воздействие, провоцирующее злоупотребление ПАВ, самоагрессию и даже суицидальное поведение [39; 40]. Важно отметить, что люди сталкиваются с подобным насилием в разной степени. Одни непосредственно переживают его на себе как в детстве, так и во взрослом возрасте. Другие становятся свидетелями таких событий. Третья группа – это сами агрессоры, чье поведение зачастую является отражением их собственного неблагополучия, поскольку они сами нередко становились жертвами насилия. Такие длительные и повторяющиеся психические травмы можно охарактеризовать как социально-психологические. Они требуют глубокого изучения со стороны исследователей.

Остается множество нерешенных вопросов, касающихся как диагностики, так и лечения ПТСР. Некоторые специалисты считают, что психические реакции, возникающие у людей в ответ на бедствия и катастрофы, до сих пор не получили должного внимания [17; 23; 39]. Существует несколько причин этой проблемы. Главной, по мнению одного из авторов, является живучесть двух ошибочных представлений о человеческой природе. Первое – это убеждение, что человек способен выдержать любые невзгоды. Второе – это представление о неизменности человека на протяжении жизни, даже после переживания экстремальных ситуаций. Однако, как утверждает автор, сочетание физического истощения, изоляции и психологического унижения способно разрушить даже самую прочную защиту. Другой причиной недостаточной проработки вопроса о психических реакциях во время бедствий и катастроф считается тот факт, что ранее эту проблему изучали преимущественно военные психологи и психиатры, чья информация была ограничена [16; 19; 23; 27]. Кроме того, исследования часто вызывают негативные эмоции у пострадавших, поэтому они, как правило, проводятся уже после произошедших событий.

Учитывая большое количество травмирующих событий, произошедших в последние годы по всему миру, весьма вероятно, что число людей с диагностированным ПТСР возрастет в течение следующего десятилетия. Это может стать одной из наиболее серьезных проблем здравоохранения нашего столетия [27]. Этому способствует и тот факт, что симптомы ПТСР редко исчезают полностью. Восстановление после ПТСР – это длительный и дорогостоящий про-

цесс, что диктует необходимость разработки новых подходов и теоретических моделей, углубления знаний о клинических проявлениях и поиска более эффективных методов профилактики и лечения [6; 22; 27; 30; 37].

Заключение

В свете вышеизложенного, становится очевидной настоятельная потребность в более глубоком и всестороннем изучении социально-психологических травм и их последствий, в частности ПТСР. Необходимо преодолеть существующие барьеры в диагностике, которые часто связаны с недостаточным пониманием сложности и многогранности психических реакций на травму. Разработка более точных и чувствительных диагностических инструментов позволит своевременно выявлять нуждающихся в помощи. Параллельно с этим, требуется активная разработка и внедрение новых, более эффективных психотерапевтических стратегий. Существующие методы лечения, хотя и имеют свою ценность, зачастую оказываются недостаточными для полного восстановления, особенно в случаях хронических и комплексных травм. Это включает в себя как психотерапевтические подходы, так и, при необходимости, медикаментозную поддержку. Важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, его личный опыт и контекст жизни, чтобы подобрать наиболее подходящую и персонализированную программу лечения. Кроме того, необходимо уделять больше внимания профилактике социально-психологических травм. Это включает в себя работу по снижению насилия в семье и обществе, поддержку уязвимых групп населения, повышение осведомленности о психическом здоровье и развитие навыков совладания со стрессом. Наконец, важно помнить о роли общества в создании поддерживающей и безопасной среды для людей, переживших травму. Снижение стигматизации психических расстройств, повышение доступности психологической помощи и создание возможностей для социальной интеграции могут существенно улучшить качество жизни людей с ПТСР и способствовать их выздоровлению [20]. Только комплексный подход, объединяющий усилия исследователей, клиницистов, политиков и общества в целом, позволит эффективно решать проблему социально-психологических травм и ПТСР.

Таким образом, проведенный историко-социокультурный анализ убедительно демонстрирует, что психологическое наследие войны представляет собой многогранное и глубоко укоренившееся явление. Изучение психических расстройств у военнослужащих, вернувшихся с поля боя, выявило сложную взаимосвязь между травматическим опытом, социальными и культурными факторами, формирующими долгосрочные последствия для психического здоровья ветеранов.

Библиография

1. Александров Е.О. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов локальных войн (клинико-динамические и терапевтические аспекты): автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2001. – 22 с.
2. Александровский Ю.А. Чрезвычайные ситуации и психогенные расстройства // Журнал современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 5-8.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: учебное пособие – М.: «Медицина», 2000. – 496 с.
4. Андрущенко А.В. К построению модели ПТСР при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Съезд психиатров России, 13-й: матер. – М., 2000. – С. 100.
5. Бразгунов И.П., Михайлов А.Н., Баль Л.В., Смирнов Т.А. Сравнительный анализ психологических и посттравматических стрессовых состояний у детей и подростков, переживших чрезвычайные события // Безопасность и здоровье детей и подростков в современных условиях. – СПб., 1999 – С. 83-84.

6. Бойко Ю.П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях // Соц. и клиническая психиатрия. -2003. – № 3. – С. 60-67.

7. Бондаренко С.А., Викторов К.Г., Чудаков А.Ю., Вертаева А.Ю. Поведение людей в экстремальных ситуациях различного характера / Обеспечение безопасности важных государственных и социально значимых объектов Российской Федерации в современных условиях. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции. – Санкт-Петербург, 2025. – С. 71-75.

8. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): автореф. дисс. ... доктора мед. наук. – М., 2004. – 49 с.

9. Вострокнутов Н.В. Социально-психиатрические аспекты насилия к детям // Соц. и клиническая психиатрия. – 1994. – № 2. – С. 57-61.

10. Вяткина В.А. Посттравматические стрессовые состояния // Соц. и клин. психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 27-29.

11. Гайворонская В.В., Чудаков А.Ю. Об адаптационных реакциях системы кровообращения у новобранцев / Гигиена труда: вчера, сегодня, завтра. Сб. трудов очно-заочной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию курса «Гигиена труда» кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. – СПб., 2025. С. 64-67.

12. Джармен Р. Консультирование людей в дистрессе: психосоциальная реабилитация пострадавших от травматических переживаний в результате войны / Пер. К. Ягнюка // Журнал практического психолога. – 2001. – № 1-2. – С. 119-126.

13. Гольман С.В. Неврозы военного времени (по материалам империалистической войны 1914 – 1918 гг. // Психозы и психоневрозы войны / Под ред. В.П. Осипова. – Л.: Государственное изд-во медицинской литературы, 1941. – С. 189-219.

14. Жорняк Е.С., Мастеров Б.Н., Кадиева Е. и др. Культурный контекст посттравматических стрессовых расстройств. Круглый стол // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 169-192.

15. Зубова Е.А. К вопросу о посттравматических стрессовых расстройствах (Обзор) // Российский психиатрический журнал. – 1998. – № 1. – С. 54-60.

16. Иванов А., Рубцов В., Жуматий Н. и др. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция // Москов. психотерапевт. журнал. – 2003. – № 4. – С. 147-162.

17. Каменченко П.В. Психические нарушения при травматических ампутациях конечностей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – С. 56-80.

18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. – М.: «Медицина», 1994. – Т.1. – 672 с.

19. Караяни А.Г., Чудаков А.Ю. Сравнительный анализ психологических последствий участия в боевых действиях военнослужащих в перманентно воюющих странах // Российский военно-психологический журнал. 2024. № 2 (4). С. 96-102.

20. Караяни А.Г. Стигматизация как причина отказа от психологической помощи ветеранами боевых действий // Вестник Военной академии войск национальной гвардии. 2025. № 1 (30). С. 83-90.

21. Караяни А.Г. Боевой стресс: проблемы определения и классификации // Вестник Московского университета МВД России. 2024. № 1. С. 254-264.

22. Караяни А.Г. Посттравматический рост у участников боевых действий: есть повод для оптимизма // Человеческий капитал. 2024. № 8 (188). С. 236-244.

23. Караяни А.Г. Боевая психологическая травма – ранение души и тела // Российский военно-психологический журнал. 2024. № 3 (5). С. 22-32.

24. Караяни А.Г. Психологические последствия участия в боевых действиях: «НЕ ПТСРом единым» // Российский военно-психологический журнал. 2023. № 2 (2). С. 75-83.

25. Караяни А.Г. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях: проблемы прогнозирования и оценки // Юридическая психология. 2023. № 4. С. 27-31.

26. Кекелидзе З.И., Щукин Б.П. Медицинские работники в чрезвычайных ситуациях // Современная психиатрия. – 1998. – № 1. – С. 13-14.

27. Кекелидзе З.И. Концепция оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Съезд психиат. России, 13-й: матер. – М., 2000. – С. 103.

28. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – Новосибирск: изд-во НГПУ, 1999. – 418 с.

29. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве // Съезд психиатров России, 13-й: матер. – М., 2000. – С. 103-104.

30. Коханов В.П., Краснов В.Н., Зубарев А.Ф. и др. Организация оказания психолого-психиатрической помощи вынужденным переселенцам в чрезвычайных ситуациях // Медицина катастроф. – 1999. – № 4 (28). – С. 29-31.

31. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: рук-во для врачей. – М.: «Медицина», 2005. – 432 с.

32. Локтионова А. Страдание детей от насилия в семье и принципы психотерапевтической помощи // Московский психотерапевтический журнал. – 2002. – № 4. – С. 90-105.

33. Лопатин С.А., Мухин А.П., Чермянин С.В. и др. Этико-психологические и гигиенические аспекты при ликвидации последствий катастроф // Военно – медицинский журнал. – 2000. – № 2. – С. 23-26.

34. Озерецковский А.И. Об истерии в войсках. Дис. на степ. д-ра медицины М.: Университетская типография, 1891. – [2], 267 с.

35. Утюганов А.А., Чудаков А.Ю., Бондаренко С.А. Комплексный психологический подход к оценке готовности военнослужащих к действиям в особых условиях // Вестник Военной академии войск национальной гвардии. 2025. № 2 (31). С. 167-175.

36. Чудаков А.Ю., Жуков А.А., Чудакова П.А., Чудакова В.А. «Автограф войны» – контузия: предвестник ПТСР у участников СВО / Забота о здоровье военнослужащих Росгвардии – вклад в обороноспособность и стабильность государства. Сборник научных трудов. Серия книг: Теория и методика обучения и воспитания взрослых. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 38-42.

37. Чудаков А.Ю. Психосоматические и нейробиологические аспекты боевого стресса и ПТСР у военнослужащих Росгвардии: основы медико-психологической реабилитации / На страже жизни и здоровья военнослужащих Росгвардии. Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 42-53.

38. Чудаков А.Ю., Чудакова П.А., Чудакова В.А. Отголоски «битвы в разуме»: как черепно-мозговые травмы открывают дверь в ПТСР и роль дефектолога в возвращении к нормальной жизни / Забота о здоровье военнослужащих Росгвардии – вклад в обороноспособность и стабильность государства. Сб. науч. тр. Серия книг: Теория и методика обучения и воспитания взрослых. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 48-52.

39. Чудаков А.Ю. Посттравматическое стрессовое расстройство и суицидальное поведение у участников СВО: актуальность, анализ и пути решения / Забота о здоровье военнослужащих Росгвардии – вклад в обороноспособность и стабильность государства. Сборник научных трудов. Серия книг: Теория и методика обучения и воспитания взрослых. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 53-57.

40. Чудаков А.Ю. Цена возвращения с СВО: социально-психологическая дезадаптация ветеранов, непереносимость общества, алкоголизм, панические атаки, суициды / Забота о здоровье военнослужащих Росгвардии – вклад в обороноспособность и стабильность государства. Сборник научных трудов. Серия книг: Теория и методика обучения и воспитания взрослых. – Санкт-Петербург: Институт медицины и информальной юстиции, 2025. – С. 81-86.

THE PSYCHOLOGICAL LEGACY OF WAR: A HISTORICAL AND SOCIO-CULTURAL ANALYSIS OF POST-TRAUMATIC PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN MILITARY PERSONNEL RETURNING FROM THE BATTLEFIELD

Chudakov A.Yu., Utyuganov A.A.

National Guard Troops Academy

Abstract

This article presents a comprehensive analysis of the psychological and psychosomatic consequences of participation in combat, examined through the lens of a historical and socio-cultural context. The authors explore the evolution of understanding of psychological trauma in military personnel – from the "soldier's heart" of the American Civil War and the "shell shock" of World War I to the modern diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). Particular attention is paid to the influence of social factors, such as public perceptions of veterans, state support policies and sociocultural norms, and the processes of diagnosis, treatment, and social readaptation of combatants. Our analysis covers both current data on the prevalence of this condition and its historical development, tracing the evolution of diagnostic approaches. We explore the multifaceted causes of PTSD, emphasizing that it is a natural psychological response to extreme stress. Despite decades of research, many aspects of this disorder remain the subject of debate and require further study. Particular attention is paid to gaps in our understanding of the impact on mental health of factors such as individual trauma, experienced violence (physical and sexual) in the family environment, as well as prolonged periods of chronic stress and sociopsychological pressure. We delve into the complex problem of PTSD in military personnel who have experienced the crucible of combat operations in the Special Military Operations (SMO) zone. This paper demonstrates that war-related mental disorders are not only a medical problem but also a profoundly social one, requiring an interdisciplinary approach. Key differences in approaches to the rehabilitation of veterans of various armed conflicts of the 20th and 21st centuries are analyzed, identifying both universal patterns of traumatization and specific ones determined by the nature of war and dominant societal values.

Keywords

Post-traumatic stress disorder, causes of PTSD, military psychology, combat trauma, combat stress, combatant, social adaptation of veterans, historical analysis, sociocultural context, stigmatization, psychological rehabilitation