

Распространенность и клинические проявления синдрома зависимости от алкоголя и психоактивных веществ у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством

Степанов Я.А.¹, Поплевченков К.Н.¹, Масякин А.В.¹, Тарумов Д.А.², Самушия М.А.³, Богдановская А.С.⁴

¹Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

³«Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

⁴«Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург, Россия

Обзорная статья

Резюме. Аннотация. Цель обзора — обобщить данные о распространенности и клинических проявлениях синдрома зависимости от алкоголя и психоактивных веществ у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, включая данные по ветеранам и участникам боевых действий. Проведен нарративный анализ оригинальных исследований, современных обзорных данных и отечественных клинико-наркологических концепций мотивации употребления и патологического влечения к алкоголю/ПАВ. При интерпретации литературы учитывались обновления диагностических подходов в МКБ-11, включая выделение комплексного посттравматического стрессового расстройства (к-ПТСР) как отдельной диагностической категории, сочетающей ядро ПТСР с нарушениями самоорганизации: эмоциональной дисрегуляцией, устойчивой негативной Я-концепцией и межличностными нарушениями. Учет к-ПТСР имеет значение для ветеранских и наркологических выборок, поскольку эта категория может быть связана с большей функциональной, социальной и коморбидной нагрузкой по сравнению с ПТСР без выраженных нарушений самоорганизации. Показано, что частота посттравматического стрессового расстройства у пациентов с наркологической патологией варьирует в зависимости от типа аддикции, выборки и диагностических инструментов. На основании литературы предложена предварительная схема клинически уязвимых кластеров, применимая как основа для дальнейшей разработки скрининговой модели и последующей эмпирической проверки.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, алкогольная зависимость, психоактивные вещества, ветераны, боевой стресс, коморбидность, патологическое влечение, мотивация употребления, скрининг, диагностика.

Информация об авторах:

Степанов Ярослав Андреевич — email: toxrespect@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5335-5479>

Поплевченков Константин Николаевич — email: poplevchenkovkn@zdrav.mos.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5940-8682>

Масякин Антон Валерьевич — e-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Тарумов Дмитрий Андреевич — email: Tarumov@live.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9874-5523>

Самушия Мария Антоновна — e-mail: sma-psychiatry@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Богдановская Анна Сергеевна — e-mail: anny9979@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0002-2656-9070>

Как цитировать: Степанов Я.А., Поплевченков К.Н., Масякин А.В., Тарумов Д.В., Самушия М.А., Богдановская А.С. Распространенность и клинические проявления синдрома зависимости от алкоголя и психоактивных веществ у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:5:8-24. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1376>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: работа выполнена за счет финансирования государственного задания по выполнению программных мероприятий «Персонализированный подход к диагностике и профилактике развития тяжелых осложнений и коморбидных посттравматических стрессовых расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью» Программы Департамента здравоохранения г. Москвы «Научное обеспечение столичного здравоохранения» на 2026-2028 гг.

Prevalence and clinical manifestations of alcohol and psychoactive substance dependence syndrome in patients with post-traumatic stress disorder

Yaroslav A. Stepanov¹, Konstantin N. Poplevchenkov¹, Anton V. Masyakin¹, Dmitry A. Tarumov²,
Maria A. Samushiya³, Anna S. Bogdanovskaya⁴

¹Moscow Research and Practical Centre on Addictions of the Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia

²«S.M. Kirov Military Medical Academy» of the Ministry of Defence of the Russian Federation, St. Petersburg, Russia

³«Central State Medical Academy» of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

⁴ St. Petersburg Psychiatric Hospital No. 1 named after P.P. Kashchenko, St. Petersburg, Russia

Review article

Summary. The review summarizes data on the prevalence and clinical manifestations of alcohol and psychoactive substance dependence syndrome in patients with post-traumatic stress disorder, including veterans and combatants. A narrative analysis of original studies, recent review data, and Russian clinical addiction concepts of drinking motivation and pathological craving was performed. The interpretation of the literature took into account ICD-11 diagnostic updates, including complex post-traumatic stress disorder (complex PTSD) as a distinct diagnostic category that combines the core PTSD symptoms with disturbances in self-organization: affective dysregulation, persistent negative self-concept, and interpersonal difficulties. Consideration of complex PTSD is clinically relevant for veteran and addiction-treatment samples, because this category may be associated with greater functional, social, and comorbid burden than PTSD without pronounced disturbances in self-organization. The prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with dependence varies depending on the type of dependence, sample characteristics, and diagnostic instruments. Based on the literature, a preliminary scheme of clinically vulnerable clusters is proposed as a framework for further development of a screening model and subsequent empirical verification.

Keywords: post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, alcohol dependence, psychoactive substances, veterans, combat stress, comorbidity, pathological craving, drinking motivation, screening, diagnosis.

Information about the authors:

Yaroslav A. Stepanov — email: toxrespect@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5335-5479>

Konstantin N. Poplevchenkov — email: poplevchenkovkn@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5940-8682>

Anton V. Masyakin — e-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Dmitry A. Tarumov — email: Tarumov@live.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9874-5523>

Maria A. Samushiya — e-mail: sma-psychiatry@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Anna S. Bogdanovskaya — e-mail: anny9979@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0002-2656-9070>

To cite this article: Stepanov YaA, Poplevchenkov KN, Masyakin AV, Tarumov DA, Samushiya MA, Bogdanovskaya AS. Prevalence and clinical manifestations of alcohol and psychoactive substance dependence syndrome in patients with post-traumatic stress disorder. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:5:8-24. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-5-1376>. (In Russ.)

Conflict of interests: the authors declare no conflicts of interest.

Funding: The work was carried out with funding from the state assignment for the implementation of the program measures "A Personalized Approach to the Diagnosis and Prevention of the Development of Severe Complications and Comorbid Post-Traumatic Stress Disorders in Patients with Alcohol Dependence" under the Moscow City Department of Health Program "Scientific Support for Capital Healthcare" for 2026–2028.

Распространенность и клинические проявления расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством характеризуются высокой частотой коморбидности, более тяжелым течением обоих расстройств и значительными трудностями

ми диагностики. По данным оригинальных исследований, в клинических выборках пациентов с зависимостью от алкоголя и/или психоактивных веществ (ПАВ), посттравматическое стрессовое расстройство выявляется у значительной части обследованных, причем, показатели варьируют в зависимости от типа зависимости, особенностей

выборки и используемых диагностических инструментов [18, 20].

Современные вооруженные конфликты характеризуются высокой интенсивностью стрессогенных и поражающих факторов, применением современных средств вооруженной борьбы, а также значительной частотой сочетанной и множественной боевой травмы. Эти обстоятельства определяют клиническую сложность психических расстройств у участников боевых действий и могут способствовать формированию более тяжелых, полиморфных и коморбидных вариантов посттравматической патологии [3, 6, 7].

Значимое место в структуре последствий боевого стресса занимает присоединение расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ. В клинической практике именно алкогольная патология нередко приобретает ведущее значение, поскольку алкоголь может использоваться как дезадаптивный способ совладания с тревогой, нарушениями сна, внутренним напряжением и иными проявлениями психического дистресса [10, 11].

Актуальной задачей является диагностика посттравматического стрессового расстройства в период активного ведения боевых действий, когда травмирующее воздействие не завершено, а клиническая картина формируется на фоне продолжающейся витальной угрозы. Согласно МКБ-10, «начало следует за травмой с латентным периодом, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко превышает 6 месяцев)»; при этом в официальном клиническом описании МКБ-10 отдельный минимальный срок сохранения симптомов не задан столь же прямо, как в более поздних классификациях, и в практическом отношении особенно важно учитывать, что острые травматические стрессовые симптомы наиболее характерны для первого месяца после травматического события. В МКБ-11 критерии ПТСР сформулированы более операционально: расстройство «обычно развивается в течение нескольких недель», симптомы должны сохраняться «как минимум несколько недель», однако официальные клинические описания допускают, что в ряде случаев проявления могут развернуться через «многие месяцы и даже годы после травмы».

В отличие от МКБ-10, МКБ-11 сужает диагностическое ядро ПТСР до трех обязательных групп симптомов: повторное переживание травмы как происходящей в настоящем, избегание и стойкое чувство текущей угрозы, исключая таким образом из обязательных критериев ряд менее специфичных проявлений, таких как бессонница, раздражительность и трудности концентрации. Для наркологической практики это имеет важное значение, поскольку позволяет более четко отграничивать собственно ПТСР от проявлений алкогольной или иной аддиктивной патологии, интоксикации, абстинентных состояний, тревожно-депрессивных нарушений и постстрессовых реакций.

Вместе с тем у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и/или психоактивных веществ

диагностическая оценка осложняется двояко: с одной стороны, при наличии внешней мотивации, включая стремление к признанию ограничений годности к службе или к получению иных преимуществ, возможно сознательное преувеличение отдельных симптомов, что требует особенно осторожной клинико-экспертной оценки; с другой стороны, именно у таких пациентов нередко формируется тяжелая истинная коморбидная патология, при которой употребление алкоголя и психоактивных веществ приобретает атарактическую, то есть направленную на снижение внутреннего напряжения и тягостного аффекта, мотивацию, дополнительно маскируя и утяжеляя посттравматическую симптоматику [38, 39, 40].

При интерпретации диагностических изменений МКБ-11 необходимо учитывать не только ПТСР, но и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (к-ПТСР). К-ПТСР включает диагностическое ядро ПТСР и дополнительные нарушения самоорганизации: аффективную дисрегуляцию, устойчивую негативную Я-концепцию и нарушения в межличностных отношениях. Для анализа боевой травмы это существенно, поскольку исследования ветеранов показывают, что к-ПТСР может сопровождаться большей функциональной, социальной и коморбидной нагрузкой по сравнению с ПТСР без выраженных нарушений самоорганизации. Так, Letica-Crepulja et al. показали высокую частоту к-ПТСР у обращающихся за лечением ветеранов с ПТСР спустя более 20 лет после войны; Folke et al. выявили связь к-ПТСР у датских ветеранов с коморбидностью и социальным нарушением; систематический обзор Grinsill et al. подтвердил широкую вариабельность распространенности к-ПТСР среди служащих и ветеранов. Поэтому у пациентов с боевым опытом и зависимостью целесообразно оценивать не только повторное переживание травмы, избегание и чувство угрозы, но и аффективную дисрегуляцию, нарушения отношений и устойчивую негативную самооценку, поскольку эти проявления могут влиять на мотивацию употребления, риск рецидива и приверженность лечению [19, 21, 26].

Цель. Провести нарративный обзор современных литературных данных о распространенности и клинических проявлениях синдрома зависимости от алкоголя и психоактивных веществ у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, с отдельным анализом данных по участникам боевых действий.

Задачи обзора:

1) обобщить данные о распространенности травматического опыта, ПТСР и субсиндромальной посттравматической симптоматики у пациентов с алкогольной зависимостью и иной аддиктивной патологией;

2) отдельно рассмотреть исследования у ветеранов и участников боевых действий, включая данные о течении алкогольной зависимости или другой аддиктивной патологии в отдаленные сроки после травматического воздействия;

3) проанализировать клинико-наркологические подходы к оценке мотивации употребления и синдрома патологического влечения к алкоголю/ПАВ в контексте посттравматической симптоматики;

4) выделить основные диагностические трудности и методологические ограничения имеющихся исследований;

5) сформулировать предварительную рабочую схему клинически уязвимых кластеров как основу для дальнейшей разработки скрининговой модели, не рассматривая эту схему как самостоятельную диагностическую классификацию.

Материалы и методы. Настоящая работа выполнена в формате нарративного обзора литературы. Нарративный дизайн был выбран с учетом клинической и методологической неоднородности рассматриваемой области: исследования различаются по диагностическим системам (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-5, МКБ-10, МКБ-11), инструментам оценки ПТСР и аддиктивной патологии, типам выборок, срокам после травматического события и условиям обследования.

Работа не является систематическим обзором или метаанализом; количественное объединение результатов не проводилось. Поиск зарубежных публикаций проводился в базе PubMed/MEDLINE за период с 1 января 2006 г. по 10 июня 2026 г.; при доработке рукописи был выполнен дополнительный контрольный поиск в июле 2026 г. Использовались комбинации ключевых слов и терминов: «post-traumatic stress disorder», «PTSD», «complex PTSD», «ICD-11 PTSD», «substance use disorder», «alcohol use disorder», «drug dependence», «addiction», «comorbidity», «veterans», «combat», «military», «trauma», «craving», «self-medication», «sleep», «suicidality», «PTSD subtypes», «neural biomarkers». Для отечественного сегмента выполнялся целевой поиск в eLIBRARY и CyberLeninka по ключевым словам: «посттравматическое стрессовое расстройство», «ПТСР», «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство», «к-ПТСР», «алкогольная зависимость», «злоупотребление психоактивными веществами», «наркология», «патологическое влечение», «мотивация употребления», «ветераны», «боевой стресс», а также ручной просмотр библиографических списков релевантных публикаций.

Критериями включения служили: 1) оригинальные эпидемиологические, клинические, когортные, поперечные или административно-регистрационные исследования, в которых оценивались ПТСР/травматический опыт и алкогольная либо иная аддиктивная патология; 2) исследования у ветеранов, военнослужащих или участников боевых действий, содержащие данные о ПТСР и алкогольной/аддиктивной патологии; 3) современные систематические обзоры и клинически значимые обзорные работы, необходимые для уточнения диагностической гетерогенности, к-ПТСР и нейробиологических подтипов ПТСР; 4) отечественные клинико-наркологические источники, необходимые для интерпретации моти-

вации употребления и синдрома патологического влечения к алкоголю/ПАВ.

Исключались публикации без клинически релевантной оценки ПТСР или аддиктивной патологии, единичные клинические наблюдения, работы, не содержащие данных, применимых к теме обзора, а также источники, в которых невозможно было отделить посттравматическую симптоматику от иных стрессовых или тревожно-депрессивных расстройств. Отбор публикаций проводился поэтапно: первично оценивались название и аннотация, затем — полный текст или доступные библиографические сведения.

Приоритет отдавался исследованиям с четко описанной выборкой, валидизированными диагностическими или психометрическими инструментами, клинической значимостью для наркологической практики и возможностью сопоставления с задачами настоящего обзора. При анализе публикаций учитывались характеристики выборок, диагностические критерии, используемые инструменты, источник данных (клиническое интервью, самоотчет, административная документация), сроки после травматического воздействия, тип аддиктивной патологии и ограничения дизайна. Гипотетические клинически уязвимые кластеры формулировались не как результат статистической кластеризации, а как рабочая клиническая модель, основанная на трех группах источников: данных оригинальных исследований о симптомных доменах ПТСР и аддиктивной патологии; отечественных концепциях мотивации употребления и патологического влечения к ПАВ; современных данных о диагностической и нейробиологической гетерогенности ПТСР. Поэтому предложенная схема требует последующей эмпирической проверки в оригинальных исследованиях.

Результаты

1. Распространенность посттравматического стрессового расстройства и травматического опыта у пациентов с аддиктивной патологией

При анализе коморбидности посттравматического стрессового расстройства и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, целесообразно учитывать не только боевое ПТСР, но и посттравматические расстройства, сформировавшиеся после иных видов травматического воздействия. Несмотря на различия в содержании психотравмирующего события, клиническая картина ПТСР определяется общими нарушениями переработки травматической памяти, регуляции страха, эмоционального реагирования и стресс-реактивности. Диагностические аспекты посттравматического стрессового расстройства подробно рассматривались З.И. Кекелидзе и А.А. Портновой, а современные представления о патогенезе, биомаркерах и биологических механизмах обобщены Е.В. Крюковым, В.К. Шамреем и соавт. [5, 8]. В Табл.1 представлены обобщенные данные по распространенности травматического опыта и посттравматического стрессового расстройства у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и психоактивных веществ.

Для отечественного сегмента обзора также важно учитывать работу Т.А. Караваевой, А.В. Васильевой и Д.С. Радионова, непосредственно посвященную коморбидности ПТСР и злоупотребления психоактивными веществами. Авторы подчеркивают диагностическую сложность этой коморбидности, роль посттравматического дистресса, тревожно-депрессивной симптоматики и дезадаптивных стратегий совладания, а также необходимость комплексного психотерапевтического подхода [4]. Это согласуется с задачей настоящего обзора: рассматривать употребление алкоголя и ПАВ не только как формальный сопутствующий диагноз, но и как клинически значимый механизм регуляции аффекта, избегания и патологического влечения.

Современные нейробиологические данные дополнительно подтверждают неоднородность ПТСР. Систематический обзор Zhang et al. обобщает симптомные подходы и подходы, основанные на анализе эмпирических данных к выделению подтипов ПТСР и их нейробиологических маркеров, включая данные фМРТ, структурной МРТ и ЭЭГ. Для настоящей темы это важно не как готовый диагностический инструмент, а как аргумент в пользу того, что клиническое перекрытие ПТСР, депрессии, тревоги, абстинентных состояний и патологического влечения отражает не только терминологическую проблему, но и реальную гетерогенность посттравматической патологии [41].

В популяционном исследовании Mills et al. были проанализированы данные 10 641 участника Австралийского национального обследования психического здоровья и благополучия. Диагностика ПТСР и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, проводилась с использованием модифицированной версии Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1), что позволило оценить показатели распространенности расстройств за 12 месяцев, предшествовавших обследованию, по критериям DSM-IV в репрезентативной выборке населения. Авторы показали, что сочетание ПТСР и аддиктивной патологии встречалось у 0,5% общей популяции, при этом среди лиц с ПТСР расстройства, связанные с употреблением алкоголя, выявлялись у 24,1%, а среди лиц с расстройством, связанным с употреблением опиоидов, ПТСР отмечалось у 33,2%. Наличие коморбидности было связано с худшими показателями физического и психического здоровья, большей инвалидизацией и более выраженной психиатрической отягощенностью по сравнению с изолированным расстройством, связанным с употреблением веществ. [30].

В клинических и уязвимых внебольничных выборках показатели были существенно выше. В исследовании Johnson et al. более 40% афроамериканских потребителей наркотиков имели травматическое событие, соответствующее критериям DSM-III-R, а среди лиц с травматическим опытом у 44% было выявлено ПТСР [24]. Ограничением работ является использование DSM-IV и моди-

фицированной версии CIDI 2.1, а также популяционный, а не клиничко-наркологический или ветеранский характер выборки; поэтому результаты не могут напрямую переноситься на пациентов стационарной наркологической помощи или участников боевых действий.

В многоцентровом исследовании Driessen et al. были обследованы 459 пациентов из 14 немецких центров лечения зависимости, включая лиц с алкогольной, наркотической и сочетанной зависимостью. В отличие от популяционных исследований, данная работа отражает клиническую выборку наркологических пациентов, что делает ее особенно значимой для анализа коморбидности ПТСР и аддиктивной патологии. Методологически важной особенностью исследования было использование двух инструментов для оценки ПТСР: International Diagnostic Checklists (IDCL) и Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS); диагноз ПТСР считался подтвержденным только при совпадении положительных результатов по обоим инструментам. Для оценки тяжести зависимости использовался Addiction Severity Index (ASI), а для оценки общей психопатологической симптоматики — Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

ПТСР было выявлено у 25,3% обследованных, причем его распространенность была существенно выше при наркотической зависимости и сочетанной зависимости от алкоголя и других ПАВ, чем при изолированной алкогольной зависимости: соответственно 29,9%, 34,1% и 15,4%. Субсиндромальные проявления ПТСР дополнительно выявлялись у 22,8% пациентов, что указывает на значительный объем клинически значимой посттравматической симптоматики, не всегда достигающей полного диагностического порога [18].

К ограничениям исследования относятся поперечный дизайн, неоднородность групп зависимости, использование диагностических подходов до DSM-5 и МКБ-11, а также отсутствие возможности оценить причинно-временные связи между травмой, ПТСР и формированием зависимости. В исследовании Gielen et al. была обследована клиническая выборка из 423 пациентов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и 206 лиц контрольной группы. Для оценки ПТСР применялся Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (SRIP); в части исследования также использовалось Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Методологически важно, что основная оценка распространенности ПТСР строилась на самооценочном инструменте, а не на полноценном структурированном диагностическом интервью; при этом SRIP оценивает симптомы ПТСР по DSM-IV, но не охватывает все диагностические критерии расстройства. Положительный результат скрининга на ПТСР был выявлен у 36,6% пациентов с аддиктивной патологией и у 10,2% лиц контрольной группы, а травматический опыт отмечался соответственно у 97,4% и 86,3% обследованных. Авторы отдельно подчеркнули, что при опоре только на клиническое суждение ПТСР у

Таблица 1. Распространенность травматического опыта и посттравматического стрессового расстройства у пациентов с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя и психоактивных веществ
Table 1. Prevalence of traumatic experience and post-traumatic stress disorder in patients with alcohol and psychoactive substance use disorders

Автор, год	Выборка	Оценка посттравматического стрессового расстройства / травмы	Оценка аддиктивной патологии	Основные данные
Mills et al., 2006 [30]	10 641 участник национального обследования Австралии	Модифицированное CIDI 2.1; клинико-психопатологическая оценка травматического опыта и ПТСР	Диагностические модули расстройств, связанных с употреблением алкоголя и ПАВ, в рамках CIDI 2.1	Сочетание ПТСР и аддиктивной патологии выявлено у 0,5% общей популяции. Среди лиц с ПТСР расстройства, связанные с употреблением алкоголя, выявлялись у 24,1%; среди лиц с расстройством, связанным с употреблением опиоидов, ПТСР отмечалось у 33,2%.
Johnson et al., 2006 [24]	1098 афроамериканских потребителей наркотиков, не проходивших лечение на момент обследования	Оценка травматического опыта и ПТСР по критериям DSM-III-R	Клиническая оценка расстройств, связанных с употреблением ПАВ	Более 40% имели травматическое событие, соответствующее критериям DSM-III-R; среди лиц с травматическим опытом у 44% развилось ПТСР.
Driessen et al., 2008 [18]	459 пациентов из 14 немецких центров лечения зависимости: алкогольная зависимость — 39,7%, наркотическая зависимость — 33,6%, сочетанная зависимость — 26,8%	IDCL и PDS; ПТСР считалось подтвержденным при положительном результате по обоим инструментам	ASI для оценки тяжести зависимости; BPRS для оценки общей психопатологической симптоматики	ПТСР выявлено у 25,3% всей выборки: при алкогольной зависимости — у 15,4%, при наркотической зависимости — у 29,9%, при сочетанной зависимости — у 34,1%. Субсиндромальное ПТСР выявлено у 22,8%.
Gielen et al., 2012 [20]	423 пациента с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, и 206 лиц контрольной группы	SRIP; MINI	В основной группе — клинически установленное расстройство, связанное с употреблением ПАВ; в контрольной группе MINI использовался для исключения злоупотребления и зависимости	Положительный результат скрининга на ПТСР выявлен у 36,6% пациентов с аддиктивной патологией и у 10,2% лиц контрольной группы; травматический опыт отмечался у 97,4% пациентов и 86,3% лиц контрольной группы.
Dore et al., 2012 [17]	253 пациента стационарного отделения детоксикации	Модифицированное CIDI; TSQ; ZSDS и вопросы из PsyCheck	Выборка пациентов отделения детоксикации; отдельная шкала тяжести зависимости в доступных данных не выделена	Около 80% пациентов имели как минимум одно травматическое событие; около 45% имели положительный результат скрининга на текущие симптомы ПТСР; около 20% имели умеренные или выраженные депрессивные симптомы; 37% сообщили о самоповреждениях или суицидальных попытках в течение жизни.
ten Holt et al., 2022 [37]	188 взрослых пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, из двух стационарных наркологических клиник	LEC-5; PCL-5; у части пациентов CAPS-5	Самоотчет об употреблении веществ, основном проблемном веществе и предшествующих госпитализациях	Прямой травматический опыт выявлен у 89% пациентов; положительный результат скрининга на ПТСР — у 51%; клинически значимое снижение качества сна — у 87%.

Продолжение табл. 1

Belfrage et al., 2023 [14]	114 пациентов с употреблением нескольких психоактивных веществ в течение последних 12 месяцев; сравнивались лица с текущим расстройством и лица в восстановлении/ремиссии	PCL-5; LEC-5; CTQ-SF	Оценка употребления алкоголя и наркотиков; выделение групп текущего расстройства и восстановления (ремиссии) после расстройства, связанного с употреблением ПАВ.	Пожизненный травматический опыт выявлен у 94,4% участников; значимых различий между текущим и восстановленным расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, по частоте травматического опыта и симптомов ПТСР не выявлено.
Karsberg et al., 2025 [25]	1347 взрослых пациентов из пяти датских учреждений лечения зависимости	ITQ ; данные о травматическом опыте собирались в рамках структурированного первичного интервью AdultMap	AUDIT ; данные об употреблении наркотиков за последние 30 дней собирались в рамках AdultMap	Вероятное ПТСР по МКБ-11 выявлено у 25% пациентов, субклиническое — у 15%; распространенность была выше среди пациентов, проходивших лечение по поводу наркотической зависимости, чем алкогольной зависимости.

Примечание/Note: CIDI—Composite International Diagnostic Interview; IDCL—International Diagnostic Checklists; PDS—Posttraumatic Diagnostic Scale; ASI—Addiction Severity Index; BPRS—Brief Psychiatric Rating Scale; MINI—Mini-International Neuropsychiatric Interview; SRIP—Self-Rating Inventory for PTSD; TSQ—Trauma Screening Questionnaire; ZSDS—Zung Self-Rating Depression Scale; LEC-5—Life Events Checklist for DSM-5; PCL-5—PTSD Checklist for DSM-5; CAPS-5—Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5; CTQ-SF—Childhood Trauma Questionnaire Short Form; ITQ—International Trauma Questionnaire; AUDIT—Alcohol Use Disorders Identification Test.

пациентов с зависимостью часто остается нераспознанным [20]. Это не позволяет приравнивать показатели скрининга к распространенности верифицированного клинического диагноза.

В исследовании Dore et al. была обследована выборка из 253 пациентов, госпитализированных в австралийскую службу стационарной детоксикации по поводу расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. Для оценки травматического опыта и психопатологической симптоматики использовались модифицированная версия Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Trauma Screening Questionnaire из 10 пунктов (TSQ-10), Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS) и вопросы из PsyCheck. Около 80% пациентов сообщили как минимум об одном травматическом событии, а почти 45% имели положительный результат скрининга на текущие симптомы ПТСР. Кроме того, примерно у пятой части обследованных выявлялись умеренные или выраженные депрессивные симптомы, а 37% сообщили о самоповреждениях или суицидальных попытках в течение жизни.

Справедливо отметить, что результаты данного исследования целесообразно интерпретировать как данные скрининговой оценки, поскольку положительный результат по TSQ-10 не равнозначен окончательному клиническому диагнозу ПТСР [17]. Дополнительным ограничением является обследование пациентов в условиях детоксикационного стационара, где симптомы абстиненции, депрессии, нарушений сна и тревоги могут усиливать выраженность скрининговых показателей ПТСР.

Ten Holt et al. опубликовали результаты обследования 188 взрослых пациентов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, проходивших лечение в двух стационарных клиниках лечения зависимости. Обследование проводилось примерно через 4 дня после поступления, что методологически важно для наркологической практики, поскольку оценка посттравматической симптоматики выполнялась не в момент первичного обращения, а после начального этапа детоксикации. Для оценки травматического опыта использовался Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), для оценки симптомов ПТСР – Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5); у части пациентов дополнительно применялась Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5).

Авторы показали, что прямой травматический опыт имели 89% пациентов, положительный результат скрининга на ПТСР—51%, а клинически значимое снижение субъективного качества сна—87%. Более выраженная посттравматическая симптоматика была связана с более молодым возрастом, женским полом, большим числом прямых и не прямых травматических событий и худшим качеством сна. Обращает на себя внимание отмеченная в работе важность оценки нарушений сна, которые могут быть не только проявлением абстиненции или постабстинентного состояния, но и важным клиническим маркером посттравматической симптоматики [37].

Ограничением является то, что CAPS-5 применялась только у части пациентов, а значительная часть данных об употреблении ПАВ и госпитали-

зациях основывалась на самоотчете. Нарушения сна, депрессивные проявления и суицидальный риск в этих работах выступают не второстепенными жалобами, а важными клиническими зонами, требующими отдельной оценки. Данные Belfrage et al. и Karsberg et al. показывают, что посттравматическая симптоматика может сохранять клиническое значение как при текущем расстройстве, связанном с употреблением психоактивных веществ, так и в периоде восстановления/ремиссии, а современные критерии МКБ-11 выявляют значительный объем как вероятного, так и субклинического посттравматического стрессового расстройства [14, 25].

2. Посттравматическое стрессовое расстройство и алкогольная/аддиктивная патология у ветеранов и участников боевых действий. При переходе от общей популяции наркологических пациентов к участникам боевых действий необходимо учитывать, что литература по боевому стрессу и ПТСР у комбатантов достаточно обширна, однако оригинальных исследований, специально посвященных сочетанию ПТСР с алкогольной или иной аддиктивной патологией у комбатантов и ветеранов, существенно меньше. В отечественной литературе представлены оригинальные работы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по психологическим последствиям боевой травмы и коррекции негативных последствий боевого стресса у комбатантов: так, в исследовании Е.В. Крюкова и соавт. приняли участие 97 комбатантов с различными ранениями и травмами, а выраженные проявления негативных психологических последствий боевой травмы в виде отдельных признаков ПТСР составили 15,9% в выборке 2014 г. и 17% в выборке 2022 г [6].

В другой работе той же научной группы оценивалась эффективность тренингов биологической обратной связи в комплексной терапии невротических расстройств и коррекции негативных психологических последствий боевого стресса у военнослужащих — участников боевых действий [7]. Исследователями НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского также выполнено оригинальное кросс-секционное диагностическое исследование потенциальных нейрофизиологических маркеров боевого ПТСР у участников боевых действий; в качестве возможных маркеров рассматривались показатели слуховых вызванных потенциалов и негативности рассогласования [12].

Однако, эти публикации преимущественно касаются боевого стресса, ПТСР, психологических последствий боевой травмы, нейрофизиологических маркеров и коррекционных подходов, тогда как сочетанная оценка ПТСР и алкогольной/аддиктивной патологии представлена значительно реже. Дополнительную сложность создает диагностическое перекрытие симптомов ПТСР, интоксикации, абстиненции, постабстинентных состояний, депрессии и тревожных расстройств. В табл.2 представлены оригинальные исследования, в которых анализировались клиническое течение, профиль коморбидности и/или наркологические

характеристики ПТСР и алкогольной/аддиктивной патологии у ветеранов и участников боевых действий.

Крупное исследование Seal et al., основанное на административных данных системы Department of Veterans Affairs (VA), показало высокую сопряженность посттравматического стрессового расстройства, депрессии и аддиктивной патологии у ветеранов Ирака и Афганистана. В анализ были включены 456 502 ветерана, впервые обратившиеся за медицинской помощью в систему VA; более 11% обследованной когорты имели диагноз расстройства, связанного с употреблением алкоголя, наркотиков или их сочетаний. Диагноз расстройства, связанного с употреблением алкоголя, был установлен у 10%, расстройства, связанного с употреблением наркотиков — у 5%, сочетанной алкогольной и наркотической патологии — у 3%.

Среди ветеранов с алкогольной и/или наркотической патологией 55-75% также имели диагноз посттравматического стрессового расстройства или депрессивного расстройства, а наличие посттравматического стрессового расстройства и депрессии повышало вероятность диагностики аддиктивной патологии в 3-4,5 раза. При этом результаты следует рассматривать как показатели зарегистрированной обращаемости и диагностированной коморбидности, а не как прямую оценку истинной распространенности среди всех ветеранов [35]. Ключевыми ограничениями являются административный источник данных, зависимость результатов от обращаемости за медицинской помощью и регистрации диагнозов, а также невозможность оценить недиагностированные случаи и причинно-временную последовательность формирования ПТСР и зависимости.

Работы Haller et al. и Possemato et al. описывают уже сформированную коморбидность. В исследовании Haller et al. были сопоставлены 179 ветеранов с алкогольной зависимостью и боевым посттравматическим стрессовым расстройством: 103 пациента проходили стационарное лечение, 76 — амбулаторное. У пациентов стационарной группы симптомы посттравматического стрессового расстройства были более выраженными, чаще отмечались употребление других психоактивных веществ и функциональные нарушения; при этом группы не различались по частоте употребления алкоголя, эпизодам массивного употребления и выраженности влечения к алкоголю [22].

В исследовании Possemato et al. у 112 недавних участников боевых действий с сочетанием посттравматического стрессового расстройства и алкогольной зависимости в течение 11 месяцев анализировались ежедневное употребление алкоголя и еженедельная динамика симптомов посттравматического стрессового расстройства. Было показано, что у большинства участников симптомы посттравматического стрессового расстройства оставались тяжелыми и неремиттирующими, тогда как алкогольные исходы были более переменными; улучшение алкогольных исходов не обязательно сопровождалось синхронным

Таблица 2. Клиническое течение и профиль коморбидных посттравматического стрессового расстройства и алкогольной/аддиктивной патологии у ветеранов и участников боевых действий
Table 2. Clinical course and comorbidity profile of post-traumatic stress disorder and alcohol/addictive pathology in veterans and combatants

Автор, год	Выборка	Оценка посттравматического стрессового расстройства / боевого опыта	Оценка алкогольной и иной аддиктивной патологии	Основные данные
Seal et al., 2011 [35]	456 502 ветерана Ирака и Афганистана, впервые обратившихся за медицинской помощью в систему Department of Veterans Affairs в 2001-2010 гг.	Диагнозы посттравматического стрессового расстройства, депрессивных, тревожных и адаптационных расстройств по данным медицинской документации; учитывались характеристики военной службы	Диагнозы расстройств, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков или их сочетанием, по данным медицинской документации	Более 11% имели диагноз расстройства, связанного с употреблением алкоголя, наркотиков или их сочетанием; среди ветеранов с аддиктивной патологией 55-75% также имели диагноз посттравматического стрессового расстройства или депрессивного расстройства.
Haller et al., 2016 [22]	179 ветеранов с алкогольной зависимостью и посттравматическим стрессовым расстройством, связанным с боевой травмой: 103 пациента стационарной и 76 пациентов амбулаторной программы	Самоотчетные методики оценки выраженности симптомов за последние 30 дней или 2 недели; связь с боевым опытом задана критериями включения	Самоотчетные методики оценки употребления алкоголя, наркотиков и связанных с ними проблем; сравнение стационарного и амбулаторного лечения	У пациентов стационарной группы симптомы посттравматического стрессового расстройства были несколько более выражены, отмечалась более высокая частота употребления других психоактивных веществ и больше контактов с рискованными людьми/местами. Группы не различались по частоте употребления алкоголя, эпизодам массивного употребления алкоголя и выраженности влечения к алкоголю.
Possemato et al., 2017 [34]	112 недавних участников боевых действий с сочетанием посттравматического стрессового расстройства и алкогольной зависимости; наблюдение 11 месяцев	Еженедельная оценка динамики симптомов посттравматического стрессового расстройства	Ежедневная оценка употребления алкоголя; анализ траекторий алкогольной зависимости и вероятности ремиссии	У большинства участников симптомы посттравматического стрессового расстройства оставались тяжелыми и неремиттирующими. Для употребления алкоголя выделены траектории постепенного снижения, резкого снижения и хронического употребления на низком уровне.
O'Toole et al., 2020 [32]	388 австралийских ветеранов войны во Вьетнаме; обследование через 22 и 36 лет после возвращения с войны	Стандартизированные интервью для оценки посттравматического стрессового расстройства, других психиатрических диагнозов и боевого воздействия	Стандартизированные интервью для диагностики расстройств, связанных с употреблением алкоголя	38,1% ветеранов не имели алкогольной патологии в анамнезе; 38,9% имели расстройство, связанное с употреблением алкоголя, в прошлом, но не имели текущего диагноза ко второй точке; 22,9% имели текущий диагноз. Боевое воздействие было связано с анамнезом алкогольной патологии, а посттравматическое стрессовое расстройство — с текущим расстройством, связанным с употреблением алкоголя.

Продолжение табл. 2

Резник и соавт., 2022 [11]	685 пациентов психиатрических отделений военного госпиталя: 264 ветерана вооруженных конфликтов, 296 военнослужащих и военных пенсионеров без участия в боевых действиях, 125 военнослужащих кадрового состава и запаса без боевого опыта, сопоставимых по возрасту	Клинико-психопатологический анализ симптомов с последующим соотношением с критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра; боевой опыт учитывался при формировании основной группы	Клинико-психопатологический анализ признаков алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем с последующим соотношением с критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра	Не выявлено различий по частоте алкогольной зависимости и злоупотребления алкоголем между ветеранами и другими военнослужащими. В выборке ветеранов не выявлено значимой связи между алкогольной патологией и симптомами посттравматического стрессового расстройства или боевыми стрессорами. Отмечена тенденция к гиподиагностике алкогольной зависимости у ветеранов, особенно при наличии симптомов посттравматического стрессового расстройства.
----------------------------	---	--	---	---

уменьшением симптомов посттравматического стрессового расстройства [34].

Обе работы имеют ограничения: они включали уже отобранные клинические группы с установленной коморбидностью, опирались на самоотчетные или частые повторные оценки, а результаты не могут быть напрямую распространены на всех участников боевых действий или на пациентов без обращения за специализированной помощью.

Исследование O'Toole et al. важно, как работа об отдаленном течении алкогольной патологии у ветеранов. В когорте 388 австралийских ветеранов войны во Вьетнаме, обследованных через 22 и 36 лет после возвращения с войны, 38,1% не имели алкогольной патологии в анамнезе, 38,9% имели расстройство, связанное с употреблением алкоголя в прошлом, но не имели текущего диагноза ко второй точке обследования, а 22,9% сохраняли текущий диагноз расстройства, связанного с употреблением алкоголя. Авторы показали, что боевое воздействие было связано преимущественно с анамнезом алкогольной патологии, тогда как посттравматическое стрессовое расстройство — именно с текущим расстройством, связанным с употреблением алкоголя; особенно значимыми для текущей алкогольной патологии оказались симптомы эмоционального онемения и избегания [32].

Российское исследование А.М. Резника и соавт. подчеркивает неоднозначность отечественных данных: большей частоты алкогольной зависимости или злоупотребления алкоголем у ветеранов по сравнению с другими военнослужащими выявлено не было, а в группе ветеранов не была обнаружена значимая связь алкогольной патологии с симптомами посттравматического стрессового расстройства или боевыми стрессорами. Вместе с тем авторы отметили тенденцию к гиподиагностике алкогольной зависимости при сочетании ее признаков со стрессовыми и иными психическими расстройствами [11].

Отдельное значение этой работы состоит в том, что она показывает нелинейный характер

связи между боевым воздействием, ПТСР и алкогольной патологией. Боевое воздействие было связано преимущественно с анамнезом алкогольного расстройства, тогда как сохраняющееся ПТСР — с текущей алкогольной патологией в отдаленные сроки. Это важно для клинической интерпретации: сам факт боевого опыта не должен автоматически рассматриваться как объяснение текущего употребления, тогда как сохраняющиеся симптомы избегания, эмоционального онемения, тревожного напряжения и нарушения сна могут поддерживать употребление как способ дезадаптивной саморегуляции. Ограничением исследования является специфичность исторической когорты австралийских ветеранов войны во Вьетнаме, что требует осторожности при переносе выводов на современные вооруженные конфликты и иные системы медицинской помощи.

3. Клиническая интерпретация коморбидности: мотивация употребления и патологическое влечение к алкоголю/ПАВ. В практике коморбидных расстройств психического и наркологического регистров мотив употребления алкоголя или психоактивных веществ имеет не меньшее значение, чем сам факт употребления. Один и тот же пациент может начинать с социально обусловленного или гедонистического употребления, но по мере формирования зависимости мотив смещается в сторону патологического влечения и употребления «для облегчения состояния».

В отечественной традиции эта логика представлена в работе Д.И. Малина и В.М. Медведева [9], а в психометрических работах по опроснику В.Ю. Завьялова мотивы употребления группируются в социально обусловленные, личностные и патологические кластеры [13]. Зарубежный систематический обзор гипотезы самолечения также поддерживает связь посттравматической симптоматики с проблемным употреблением алкоголя, хотя подчеркивает методологическую неоднородность исследований [23].

Для темы посттравматического стрессового расстройства особое значение имеет атакти-

Таблица 3. Основные мотивы употребления алкоголя и психоактивных веществ и потенциальное клиническое значение при посттравматическом стрессовом расстройстве [9, 13, 23]
Tabdu 3. Main motives for alcohol and psychoactive substance use and potential clinical significance in post-traumatic stress disorder [9, 13, 23]

Группа мотивов	Вид мотива	Краткое содержание	Клиническое значение
Социально обусловленные	Традиционный	Употребление «по обычаю», в контексте ритуалов, застолий, групповых норм	Обычно не объясняет тяжелую зависимость сам по себе, но может быть фоном для более позднего патологического употребления
	Субмиссивный	Неспособность отказаться от предложенного алкоголя/ психоактивных веществ, подчинение давлению группы	Может поддерживать рецидивы в военной и околвоенной среде
	Псевдокультуральный	Попытка придать употреблению «идейный» или «статусный» смысл	Может маскировать раннюю зависимость под «особый образ жизни» или «боевое братство»
Личностные	Гедонистический	Употребление ради удовольствия, подъема настроения, эйфории	Чаще отражает стремление усилить положительный аффект, а не снять отрицательный
	Атарактический	Употребление ради уменьшения тревоги, страха, внутреннего напряжения, дисфории, эмоционального дискомфорта	Наиболее значим для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством: отражает химическое «самолечение», маскирует симптомы и ускоряет формирование коморбидной зависимости
	Гиперактивационный	Употребление ради стимуляции, выхода из скуки, чувства внутренней пустоты	Может встречаться у пациентов, стремящихся выйти из состояния эмоционального онемения
Патологические	Абстинентный / похмельный	Употребление для снятия абстинентных проявлений и соматопсихического дискомфорта	Указывает на сформированную зависимость; клинически важно отличать от атарактического мотива
	Аддитивный	Употребление как реализация патологического влечения без сложной психологической рационализации	Свидетельствует о центральной роли синдрома зависимости и высоком риске рецидива
	Самоповреждающий	Употребление в форме саморазрушения, протеста, отказа от заботы о себе	Может сочетаться с посттравматической безнадежностью, аутоагрессией и суицидальным риском

ческая мотивация: употребление алкоголя или психоактивных веществ для уменьшения тревоги, страха, внутреннего напряжения, дисфории, нарушений сна и тягостных воспоминаний. На ранних этапах такое употребление может быть дезадаптивной стратегией совладания, но по мере формирования зависимости оно может включаться в структуру патологического влечения. В концепции В.Б. Альтшулера патологическое влечение к алкоголю рассматривается как центральный многокомпонентный синдром хронического алкоголизма, включающий идеаторные, поведенческие, эмоциональные, сенсорные и вегетативные проявления [1, 2].

Основные группы мотивов употребления и их возможное клиническое значение при ПТСР представлены в Табл.3. Основные компоненты синдрома патологического влечения к алкоголю/ПАВ и их значение для дифференциальной диагностики представлены в Табл.4.

Разделение первичного и вторичного патологического влечения имеет принципиальное значение.

Первичное влечение возникает вне интоксикации и абстиненции, на фоне относительного воздержания; вторичное — после приема алкоголя или в структуре абстинентного синдрома. Поэтому жалоба «пью, чтобы успокоиться» может отражать атарактический мотив, вторичное влечение в абстиненции, попытку купирования посттравматического дистресса или сочетание этих механизмов.

Обсуждение и практические перспективы¹.

На основании рассмотренных исследований можно предположить, что клиническая неоднородность коморбидности ПТСР и аддитивной патологии может быть описана через несколько условных уязвимых симптомно-поведенческих

¹ С учетом представленных данных следующий раздел вынесен в самостоятельный блок обсуждения и практических перспектив: он не претендует на описание новых результатов, а формулирует клинически ориентированную рабочую модель для последующей проверки в оригинальных исследованиях.

Таблица 4. Основные компоненты синдрома патологического влечения к алкоголю и психоактивным веществам и потенциальное клиническое значение при посттравматическом стрессовом расстройстве [1, 2]
Tabdu 4. Main components of pathological craving syndrome for alcohol and psychoactive substances and potential clinical significance in post-traumatic stress disorder [1, 2]

Компонент	Клинические проявления	Клиническое значение
Идеаторный	Мысли об алкоголе, борьба мотивов, рационализация и оправдание употребления, алкогольная анозогнозия, сновидения алкогольного содержания	Важно отличать от навязчивых посттравматических воспоминаний: в одном случае центральна тема алкоголя, в другом — тема травмы
Поведенческий	Смакование алкогольной тематики, стремление уклониться от лечения, враждебность к трезвости, «эксперименты» с алкоголем, суетливость, рассеянность	Часть «несотрудничества» пациента может определяться влечением, а не только личностной реакцией на стресс
Эмоциональный	Дисфория, угрюмость, внутренний дискомфорт, тревога, раздражительность, депрессивноподобные проявления	Особенно трудно разграничивать с посттравматической, тревожно-депрессивной и абстинентной симптоматикой
Сенсорный	Своеобразные телесные ощущения на высоте влечения: «сосет под ложечкой», «сводит зубы», «колотится сердце» и др.	Может ошибочно интерпретироваться как соматизированная тревога или паническое состояние
Вегетативный	Оживление, блеск глаз, изменение окраски лица, слюноотделение, глотательные движения, признаки вегетативного дисбаланса	Помогает увидеть, что влечение имеет не только психологический, но и телесно оформленный характер

кластеров. Эти кластеры не являются самостоятельной диагностической классификацией, не подменяют критерии ПТСР, синдрома зависимости или синдрома патологического влечения к алкоголю/ПАВ и требуют последующей эмпирической проверки. Их выделение носит рабочий гипотетический характер и используется как способ систематизировать признаки, которые, по данным литературы, чаще всего затрудняют дифференциальную диагностику посттравматического стрессового расстройства, абстинентных и постабстинентных состояний, депрессии, тревожной симптоматики и патологического влечения у пациентов с зависимостью.

Основанием для такой модели являются данные о высокой частоте травматического опыта и посттравматической симптоматики в наркологических выборках, исследования симптомных доменов ПТСР и их связи с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, данные о нарушениях сна, депрессии и суицидальности у пациентов с коморбидной патологией, а также отечественные клиничко-наркологические представления о мотивации употребления и синдроме патологического влечения [1, 2, 17, 27, 28, 31, 33, 37].

Обобщенно эта рабочая схема представлена в Табл.5. Таким образом, предлагаемая группировка имеет предварительный и гипотетический характер. Ее задача состоит не в том, чтобы заменить существующие диагностические критерии, а в том, чтобы обозначить возможные зоны клинической уязвимости, которые следует учитывать при обследовании пациента с зависимостью и травматическим анамнезом. В дальнейшем эти кластеры могут быть использованы как рабочая основа

для формулирования переменных скрининговой модели, однако их диагностическая значимость должна быть проверена эмпирически.

Ограничения обзора. Настоящий обзор имеет ряд ограничений. Во-первых, он выполнен в нарративном формате и не включает полный PRISMA-поиск, независимую оценку риска систематической ошибки, формализованное ранжирование качества доказательств или метааналитическое объединение результатов. Поэтому представленные выводы следует рассматривать как клинически ориентированное обобщение литературы, а не как количественную оценку распространенности или силы ассоциаций.

Во-вторых, значительная часть базовых исследований относится к периоду 2006-2012 гг. и использует DSM-III-R, DSM-IV или диагностические инструменты, разработанные до DSM-5 и МКБ-11. Это особенно важно с учетом того, что МКБ-11 сузила диагностическое ядро ПТСР и выделила к-ПТСР как самостоятельную диагностическую категорию. Следовательно, данные более ранних исследований не всегда прямо сопоставимы с современными диагностическими подходами. В-третьих, исследования существенно различаются по дизайну и источникам данных: одни основаны на популяционных интервью, другие — на клинических выборках, самоотчетных шкалах, стационарных детоксикационных отделениях или административных регистрах.

Положительный скрининг по TSQ, PCL-5 или SRIP не равнозначен верифицированному диагнозу ПТСР; административные диагнозы отражают обращаемость и регистрацию расстройств, а не истинную распространенность в популяции. Кро-

Таблица 5. Гипотетические клинические уязвимые кластеры коморбидности посттравматического стрессового расстройства и аддиктивной патологии
Tabdu 5. Hypothetical clinically vulnerable clusters of comorbidity of post-traumatic stress disorder and addictive pathology

Предполагаемый кластер	Возможное клиническое содержание	Потенциальная диагностическая сложность	Что целесообразно уточнять при обследовании	Основание в литературе
Тревожно-гипервигильный	Внутреннее напряжение, чувство текущей угрозы, повышенная настороженность, раздражительность, вздрагивания, соматовегетативная активация	Сходные проявления могут встречаться при посттравматическом стрессовом расстройстве, алкогольной абстиненции, постабстинентном состоянии, тревожном расстройстве и эмоционально-вегетативном компоненте патологического влечения	Связь тревоги с травматическими напоминаниями; наличие избегания; динамика после купирования абстиненции; связь тревоги с влечением	Диагностическое ядро посттравматического стрессового расстройства включает стойкое чувство текущей угрозы; отдельные исследования указывают связь гипервозбуждения и поведенческих проявлений с последующим рискованным употреблением алкоголя и наркотиков [9, 11, 28, 34]
Инсомнический	Трудности засыпания, частые пробуждения, кошмарные сновидения, ночная гипервигильность, неосвежающий сон, употребление алкоголя или психоактивных веществ «для сна»	Нарушения сна могут быть связаны с посттравматическим стрессовым расстройством, абстиненцией, постабстинентным состоянием, депрессией, тревогой или патологическим влечением	Сохраняется ли бессонница после стабилизации психического статуса; есть ли кошмары и повторное переживание травмы; употребляет ли пациент алкоголь или психоактивные вещества для засыпания	Исследования показывают связь травматического опыта, симптомов посттравматического стрессового расстройства, симптомов алкогольного расстройства и качества сна [17, 35, 36]
Дисфорически-Депрессивный	Сниженное настроение, угрюмость, раздражительность, вина, безнадежность, аутоагрессивные тенденции, суицидальные мысли или попытки	Дисфория и депрессивноподобные проявления могут относиться к посттравматическому стрессовому расстройству, самостоятельной депрессии, абстиненции или эмоциональному компоненту патологического влечения	Наличие депрессии; суицидальные мысли и попытки; самоповреждения; связь ухудшения настроения с травмой, отменой алкоголя или нарастанием влечения	В клинических наркологических выборках посттравматическая симптоматика часто сочетается с депрессией и суицидальностью; коморбидные депрессивные проявления увеличивают клиническую нагрузку [16, 37, 38]
Избегающий	Избегание воспоминаний, разговоров, мест и ситуаций, связанных с травмой; эмоциональное отчуждение; снижение способности испытывать положительные эмоции; чувство внутренней «отключенности»	Употребление может маскировать избегание: пациент описывает его как «отдых», «сон» или «снятие напряжения», фактически используя алкоголь или психоактивные вещества для подавления травматического материала	Чего именно пациент избегает; есть ли связь употребления психоактивных веществ с травматическими напоминаниями; присутствуют ли эмоциональное онемение, отчуждение, утрата интересов	Избегание входит в диагностическое ядро посттравматического стрессового расстройства; у ветеранов симптомы избегания и эмоционального онемения могут быть связаны с текущей алкогольной патологией; сетевые исследования поддерживают анализ на уровне отдельных симптомов [11, 32, 34, 39]

Продолжение табл. 5

Аддиктивный (крейвинговый/психопатологический)	Навязчивые мысли об алкоголе или психоактивных веществах, рационализация употребления, борьба мотивов, анозогнозия, поведенческая фиксация, соматовегетативные реакции на алкогольные стимулы	Проявления патологического влечения могут ошибочно восприниматься как тревога, раздражительность или дисфория при посттравматическом стрессовом расстройстве; наоборот, истинная посттравматическая симптоматика может быть сведена только к зависимости	Центральное содержание переживаний: травма или вещество; наличие идеаторного, поведенческого, эмоционального, сенсорного и вегетативного компонентов; первичное или вторичное патологическое влечение к ПАВ	Основанием служат отечественные представления о многокомпонентной структуре патологического влечения и классификации мотивов употребления [1, 2, 9, 13, 23]
Социально-поведенческий	Нестабильность ремиссии, повторные госпитализации, контакты с рискованной средой, снижение семейного и профессионального функционирования, изоляция, низкая приверженность лечению	Социальная дезадаптация может быть следствием зависимости, посттравматического стрессового расстройства, депрессии, личностных особенностей или их сочетания; по одному диагнозу невозможно определить нужный уровень помощи	Повторные срывы; регоспитализации; рискованное окружение; участие в группах самопомощи; семейное и трудовое функционирование; потребность в стационарном или амбулаторном лечении	Исследования ветеранских популяций показывают, что коморбидные посттравматическое стрессовое расстройство и алкогольное расстройство сопровождаются большей клинической нагрузкой, дезадаптацией и потребностью в интенсивной помощи [23, 24, 40]

ме того, выборки различаются по полу, возрасту, типу зависимости, времени после травмы и наличию боевого опыта. В-четвертых, предложенные клинические уязвимые кластеры являются предварительной рабочей моделью, сформулированной на основании сопоставления литературы и отечественных клинико-наркологических концепций. Они не являются новой диагностической классификацией и не должны использоваться вместо критериев МКБ-11, DSM-5 или клинической диагностики синдрома зависимости. Их диагностическая и прогностическая значимость требует проверки в оригинальных исследованиях, желательно с единым диагностическим протоколом, стандартизированной оценкой ПТСР/к-ПТСР, аддиктивной патологии, мотивации употребления, патологического влечения, нарушений сна и суицидального риска.

Заключение. Обобщение данных оригинальных исследований показывает, что ПТСР и расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ, образуют устойчивую клиническую коморбидность, выявляемую как в популяционных, так и в клинических наркологических выборках. Частота ПТСР у пациентов с аддиктивной патологией существенно варьирует в зависимости от типа зависимости, характера выборки и используемых диагностических инструментов.

Особенно высокие показатели посттравматической симптоматики отмечаются у пациентов с наркотической и сочетанной зависимостью, а также у лиц с множественным травматическим опытом. Анализ исследований у ветеранов и участников боевых действий показывает, что связь между боевым опытом, ПТСР и алкогольной/

аддиктивной патологией неоднородна. Крупные административные исследования подтверждают высокую коморбидность ПТСР, депрессии и расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, у ветеранов современных вооруженных конфликтов.

В то же время клинические и отечественные данные указывают, что сам факт боевого опыта не всегда прямо связан с большей частотой алкогольной зависимости; более значимым может быть наличие сохраняющейся посттравматической симптоматики, особенно симптомов избегания, эмоционального онемения, тревожного напряжения, нарушений сна и депрессивно-дисфорического фона. Сопоставление этих данных с отечественными представлениями о клинических проявлениях патологического влечения и мотивации к употреблению алкоголя/ПАВ позволяет рассматривать коморбидность не только как сочетание двух диагнозов, но и как динамическое взаимодействие посттравматического дистресса, мотива употребления и синдрома патологического влечения к алкоголю/ПАВ.

Практически важным следствием является необходимость не ограничиваться скринингом самого факта употребления алкоголя или психоактивных веществ. У пациентов с боевым опытом и синдромом зависимости требуется последовательная оценка травматического анамнеза, симптомов ПТСР, мотивации употребления, структуры патологического влечения к алкоголю/ПАВ, выраженности абстиненции и постабстинентных состояний, депрессивной симптоматики, нарушений сна и суицидального риска.

Литература / References

1. Альтишулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. М.: Издательский дом «Имидж», 1994.
Altshuler V.B. Patologicheskoe vlechenie k alkogolyu: voprosy kliniki i terapii. M.: Izdatel'skiy dom «Imidzh», 1994. (In Russ.).
2. Альтишулер В.Б. Алкоголизм. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
Altshuler V.B. Alkogolizm. M.: GEOTAR-Media; 2010. (In Russ.).
3. Баширзаде К.А., Наров М.Ю. Нозологическая принадлежность и специфика клинической картины психических расстройств у участников специальной военной операции. Медицина. 2025;13(3):49-63
Bashirzade KA, Narov MYu. Nosological Affiliation and Specificity of the Clinical Picture of Mental Disorders in Participants of a Special Military Operation. Meditsina. 2025;13(3):49-63 (In Russ.).
<https://doi.org/10.29234/2308-9113-2025-13-3-49-63>
4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления психоактивными веществами: проблемы диагностики, этиопатогенеза и подходов к психотерапии. Вопросы наркологии. 2022;9-10:75-95.
Karavaeva TA, Vasilieva AV, Radionov DS. Comorbidity of post-traumatic stress disorder and psychoactive substance abuse: problems of diagnostics, etiology, pathogenesis, and approaches to psychotherapy. Voprosy Narkologii. 2022;(9-10):75-95. (In Russ.).
https://doi.org/10.47877/0234-0623_2022_9-10_75.
5. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009;109(12):4-7.
Kekelidze ZI, Portnova AA. Criteria of diagnostics of post-traumatic stress disorder. Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2009;109(12):4-7. (In Russ.).
6. Крюков Е.В., Овчинников Д.В., Юсупов В.В., и др. Психологические последствия боевой травмы на госпитальном этапе реабилитации. Известия Российской военно-медицинской академии. 2023;42(3):219-228.
Kryukov EV, Ovchinnikov DV, Yusupov VV, et al. Psychological consequences of combat trauma at the hospital stage of rehabilitation. Izvestiya Rossiyskoy Voenno-Meditsinskoy Akademii. 2023;42(3):219-28. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17816/rmmar562808>
7. Крюков Е.В., Овчинников Д.В., Юсупов В.В., и др. Использование тренингов биологической обратной связи в комплексной терапии невротических расстройств и коррекции негативных психологических последствий боевого стресса у комбатантов. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2024;26(2):185-196.
Kryukov EV, Ovchinnikov DV, Yusupov VV, et al. The use of biofeedback training in complex therapy of neurotic disorders and correction of negative psychological consequences of combat stress in combatants. Vestnik Rossiyskoy Voenno-Meditsinskoy Akademii. 2024;26(2):185-96. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17816/brmma624875>
8. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А., и др. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов. Психиатрия. 2023;21(4):57-71.
Kryukov EV, Shamrey VK, Marchenko AA, et al. Post-Traumatic Stress Disorder: Evolution of Views. Psikhatriya. 2023;21(4):57-71. (In Russ.).
<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-57-71>
9. Малин Д.И., Медведев В.М. Клиническая наркология в схемах, таблицах и рисунках: учебное пособие. 4-е изд. М.: Вузовская книга, 2013. 172 с.
Malin D.I., Medvedev V.M. Klinicheskaya narkologiya v skhemakh, tablitsakh i risunkakh: uchebnoe posobie. 4th ed. Moscow: Vuzovskaya kniga; 2013. (In Russ.).
10. Резник А.М. Злоупотребление алкоголем у ветеранов войн, получавших лечение в психиатрическом стационаре. Вестник Медицинского института непрерывного образования. 2023;3(4):108-122.
Reznik AM. Alcohol abuse in war veterans treated in a psychiatric hospital. Vestnik Meditsinskogo Instituta Nepreryvnogo Obrazovaniya. 2023;3(4):108-22. (In Russ.).
https://doi.org/10.36107/2782-1714_2023-3-4-108-122
11. Резник А.М., Сюняков Т.С., Арбузов А.Л. Алкогольная зависимость у ветеранов войн, получающих лечение в психиатрическом стационаре: встречаемость, коморбидность с симптомами ПТСР, связь с боевыми стрессорами. Consortium Psychiatricum. 2022;3(3):73-89.
Reznik AM, Syunyakov TS, Arbuzov AL. Alcohol Addiction in War Veterans Treated in a In-patient Psychiatric Facility: Incidence, Comorbidity with PTSD Symptoms, Association with Combat Stressors. Consortium Psychiatricum. 2022;3(3):73-89. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17816/CP188>
12. Телешева К.Ю., Савенкова В.И., Морозова И.О., и др. Потенциальные нейрофизиологические маркеры посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий: кросс-секционное диагностическое исследование. Consortium Psychiatricum. 2024;5(2):31-44.
Telesheva KYu, Savenkova VI, Morozova IO, et al. Potential Neurophysiological Markers of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder: A Cross-Sectional Diagnostic Study. Consortium Psychiatricum. 2024;5(2):31-44. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17816/CP15512>

13. Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г. Оценка мотивации потребления алкоголя: психометрические характеристики опросника В.Ю. Завьялова (МПА). Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2021;57(4):76–85. Trusova AV, Berezhina AA, Gvozdetskiy AN, Klimanova SG. Evaluation of alcohol consumption motivation: psychometric properties of the Alcohol Consumption Motivation Inventory by V.Yu. Zavyalov. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psichologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2021;57(4):76–85. (In Russ.). <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-57-4-76-85>
14. Belfrage A, Mjølhus Njå AL, Lunde S, et al. Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: a comparison of recovered versus current users. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2023;40(1):61–75. <https://doi.org/10.1177/14550725221122222>
15. Carter AC, Capone C, Short EE. Co-occurring post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders in veteran populations. *Journal of Dual Diagnosis*. 2011;7(4):285–299. <https://doi.org/10.1080/15504263.2011.620453>
16. Chan KMY, Low LT, Wong JG, et al. Healthcare resource utilisation and suicidal ideation amongst adolescents in the US with posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and substance use disorders using electronic health records. *Journal of Affective Disorders*. 2024;365:73–79. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.055>
17. Dore G, Mills K, Murray R, Teesson M, Farrugia P. Post-traumatic stress disorder, depression and suicidality in inpatients with substance use disorders. *Drug and Alcohol Review*. 2012;31(3):294–302. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00314.x>
18. Driessen M, Schulte S, Luedecke C, et al. Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(3):481–488. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x>
19. Folke S, Karstoft K-I, Andersen SB, et al. Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Danish treatment-seeking military veterans. *Journal of Psychiatric Research*. 2023;163:247–253. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.05.055>
20. Gielen N, Havermans RC, Tekelenburg M, Jansen A. Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: it is higher than clinicians think it is. *European Journal of Psychotraumatology*. 2012;3:17734. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.17734>
21. Grinsill R, Kolandaisamy M, Kerr K, et al. Prevalence of Complex Post-Traumatic Stress Disorder in Serving Military and Veteran Populations: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2024;25:3377–3387. <https://doi.org/10.1177/15248380241246996>
22. Haller M, Colvonen PJ, Davis BC, et al. Examining pretreatment differences between veterans in residential versus outpatient treatment for alcohol use disorder and comorbid combat-related PTSD. *Journal of Dual Diagnosis*. 2016;12(3–4):282–289. <https://doi.org/10.1080/15504263.2016.1256516>
23. Hawn SE, Cusack SE, Amstadter AB. A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(5):699–708. <https://doi.org/10.1002/jts.22521>
24. Johnson SD, Striley C, Cottler LB. The association of substance use disorders with trauma exposure and PTSD among African American drug users. *Addictive Behaviors*. 2006;31(11):2063–2073. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.02.007>
25. Karsberg S, Najavits L, Pedersen MU, et al. Trauma and ICD-11 PTSD in substance use disorder treatment: a Danish multi-site study. *BMC Psychiatry*. 2025;25:770. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07164-w>
26. Letica-Crepulja M, Stevanović A, Protuđer M, et al. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1):1716593. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1716593>
27. Lind MJ, Baylor A, Overstreet CM, et al. Relationships between potentially traumatic events, sleep disturbances, and symptoms of PTSD and alcohol use disorder in a young adult sample. *Sleep Medicine*. 2017;34:141–147. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.02.024>
28. Livingston NA, Farmer SL, Mahoney CT, et al. The role of PTSD symptom clusters and criterion in predicting future high-risk drug and alcohol use among returning veteran men and women. *Psychological Services*. 2022;19(2):386–395. <https://doi.org/10.1037/ser0000538>
29. McGlinchey E, Ross J, Murphy D, et al. Disentangling the symptom-level nuances in comorbid posttraumatic stress disorder and problematic alcohol use in Northern Irish military veterans: a network analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2022;35(1):32–41. <https://doi.org/10.1002/jts.22666>
30. Mills KL, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(4):652–658. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.652>
31. Orr RK, Hoehn JL, Col NF, Waldrop AE, Back SE, Sensenig A, Brady KT. Sleep disturbances associated with posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Addictive Behaviors*. 2008;33(2):328–335. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.12.011>
32. O'Toole BI, Gorman P, Catts SV. Military combat, posttraumatic stress disorder, and the course

- of alcohol use disorders in a cohort of Australian Vietnam War veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(5):709–719. <https://doi.org/10.1002/jts.22588>
33. Palmisano AN, Fogle BM, Tsai J, et al. Disentangling the association between PTSD symptom heterogeneity and alcohol use disorder: results from the 2019–2020 National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;142:179–187. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.046>
 34. Possemato K, Maisto SA, Wade M, et al. Natural course of co-occurring PTSD and alcohol use disorder among recent combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2017;30(3):279–287. <https://doi.org/10.1002/jts.22192>
 35. Seal KH, Cohen G, Waldrop A, et al. Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;116(1–3):93–101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027>
 36. Smith BC, Armelie AP, Boarts JM, et al. PTSD, depression, and substance use in relation to suicidality risk among traumatized minority lesbian, gay, and bisexual youth. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(1):80–93. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004484>
 37. ten Holt J, van Emmerik AAP, Blanken P, et al. Direct and indirect exposure to trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, and poor subjective sleep quality in patients with substance use disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2022;32(3):188–195. <https://doi.org/10.5152/pcp.2022.22368>
 38. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
 39. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva: World Health Organization, 2013.
 40. World Health Organization. *Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders*. Geneva: World Health Organization, 2024.
 41. Zhang C, Haim-Nachum S, Prasad N, Suarez-Jimenez B, Zilcha-Mano S, Lazarov A, Neria Y, Zhu X. PTSD subtypes and their underlying neural biomarkers: a systematic review. *Psychological Medicine*. 2025;55:e153. <https://doi.org/10.1017/S0033291725001229>

Сведения об авторах

Степанов Ярослав Андреевич — кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1. Email: toxrespect@yandex.ru

Поплевченков Константин Николаевич — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: poplevchenkovkn@zdrav.mos.ru

Масякин Антон Валерьевич — доктор медицинских наук, доцент, директор ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». E-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru

Тарумов Дмитрий Андреевич — доктор медицинских наук, доцент, преподаватель первой кафедры терапии усовершенствования врачей ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, 195277, Санкт-Петербург, улица Академика Лебедева, 6Ж. E-mail: Tarumov@live.ru

Самушия Мария Антоновна — проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА», научный руководитель ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой» Управделами Президента РФ, 121359, Москва, улица Маршала Тимошенко, дом 19, стр. 1А. E-mail: sma-psychiatry@mail.ru

Богдановская Анна Сергеевна — врач-психиатр Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко», 188357, Россия, Ленинградская. обл., Гатчинский. р-он, с. Никольское, ул. Меньковская, д. 10. E-mail: anny9979@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0002-2656-9070>

Поступила 26.05.2026

Received 26.05.2026

Принята в печать 19.08.2026

Accepted 19.08.2026

Дата публикации 30.10.2026

Date of publication 30.10.2026