

Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза / Public Health, Health Organization, Sociology of Health, Medical and Social Expertise

Научная статья

Original article

DOI: [10.12731/2658-6649-2026-18-3-1822](https://doi.org/10.12731/2658-6649-2026-18-3-1822)EDN: [PXUAFI](https://www.edn.ru/PXUAFI)

УДК 616-084+159.99



Закономерности общей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у осужденных – участников боевых действий, состоящих на учете у нарколога

Н.А. Цветкова^{1,2}, П.А. Кисляков^{1,3,4}, К.Е. Лагвилава⁵

¹Федеральное казенное учреждение «Научно-исследовательский институт
Федеральной службы исполнения наказаний», Москва, Российская Федерация

²Государственный университет просвещения, Москва, Российская Федерация

³Российский государственный социальный университет,
Москва, Российская Федерация

⁴Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы,
Москва, Российская Федерация

⁵Псковский государственный университет, Псков, Российская Федерация

Аннотация

Обоснование. Ресоциализация осужденных – участников боевых действий, состоящих на учете у нарколога, затрудняется комплексом взаимосвязанных проблем, обусловленных наложением двух травмирующих психику факторов – пенитенциарного опыта и опыта участия в боевых действиях, следствием которого часто является посттравматическое стрессовое расстройство. Когда к этим двум факторам добавляется третий – зависимость осужденных от алкоголя, необходимость своевременного выявления признаков нарушения их психического здоровья и последующего медицинского, психологического и социального вмешательства повышается. Чтобы оно было эффективным, необходимы знания о закономерностях уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у данной категории осуждённых.

Цель – выявление закономерностей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у осуждённых – участников боевых действий, состоящих на учете у нарколога.

Методы. Исследование проводилось в 2026 году. В нем приняли участие 167 человек мужского пола в возрасте от 22 до 60 лет ($M=37$ лет) из числа осужденных к лишению свободы, принявших участие в специальной военной операции на Украине и вернувшихся в исправительное учреждение, чтобы отбыть оставшийся срок наказания. На момент исследования испытуемые находились в местах лишения свободы и состояли на профилактическом учете у нарколога. Методики: Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) (J. Kincannon, адаптация В.П. Зайцева), Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (T. Keane, D. Vreven et al., адаптация Н.В. Тарабриной и др.), тест нервно-психической адаптации (НПА) (И.Н. Гурвич), шкала провокации агрессии (ПА) (J. Archer et al., адаптация И.А. Фурманова), диагностики особенностей правового сознания (ПС) (Д.С. Безносков, А.К. Бордунос).

Результаты. Установлено, что более трети выборки (34,1%) имеют признаки пограничных или выраженных психических расстройств, а клинически значимый уровень ПТСР диагностирован у 13,1% испытуемых. Личностный профиль испытуемых характеризуется доминированием истерических, психопатических, депрессивных и шизоидных черт, а агрессивное реагирование проявляется преимущественно в пассивных и подавленных формах при высоком уровне раздражения и гнева, что указывает на феномен «замороженной агрессии» и эмоционального истощения. Установлена прямая тесная связь ПТСР с нервно-психической дезадаптацией, импульсивностью и деформациями правосознания, особенно – с цинизмом и нигилизмом, которые ассоциированы с психопатией и гипоманией.

Заключение. Выявление и своевременная профилактика факторов риска нарушения психического здоровья осужденных – участников боевых действий, состоящих на учёте у нарколога, имеет решающее значение в плане снижения риска рецидивной преступности и обеспечения успешной ресоциализации после их освобождения из исправительных учреждений. Полученные данные обосновывают необходимость комплексного психокоррекционного и медико-социального реабилитационного подхода, сочетающего травмо-фокусированную терапию, аддиктологическую помощь и социально-психологическую работу по формированию правосознания.

Ключевые слова: осужденные; участники войны; алкогольная зависимость; посттравматическое стрессовое расстройство; аддикции; закономерности уязвимости; прогноз медико-социальной ресоциализации

Для цитирования. Цветкова, Н. А., Кисляков, П. А., Лагвилава, К. Е. (2026). Закономерности общей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у осужденных – участников боевых действий, состоящих на учёте у нарколога, состоящих на учёте у нарколога. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, 18(3), 367-392. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2026-18-3-1822>

Patterns of general vulnerability to post-traumatic stress disorder and addictions among convicted combatants registered with a narcologist

N.A. Tsvetkova^{1,2}, P.A. Kislyakov^{1,3,4}, K.E. Lagvilava⁵

¹Federal State Institution "Research Institute of the Federal Penitentiary Service", Moscow, Russian Federation

²State University of Education, Moscow, Russian Federation

³Russian State Social University, Moscow, Russian Federation

⁴Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russian Federation

⁵Pskov State University, Moscow, Russian Federation

Abstract

Background. The re-socialization of convicted combatants registered with a narcologist is hampered by a complex of interrelated problems caused by the overlap of two traumatic mental factors – penitentiary experience and experience of participating in hostilities, which often results in post-traumatic stress disorder. When a third factor is added to these two factors – the dependence of convicts on alcohol, the need for timely detection of signs of mental health disorders and subsequent medical, psychological and social intervention increases. For it to be effective, knowledge of the patterns of vulnerability to post-traumatic stress disorder and addictions in this category of convicts is necessary.

Purpose. The aim is to identify patterns of vulnerability to post-traumatic stress disorder and addictions among convicted combatants registered with a narcologist.

Methods. The study was conducted in 2026. It was attended by 167 men aged 22 to 60 years (M=37 years) from among those sentenced to imprisonment, who took part in a special military operation in Ukraine and returned to a correctional institution to serve the remainder of their sentence. At the time of the study, the subjects were in prison and were on preventive registration with a narcologist. Methods: An abbreviated multifactorial questionnaire for personality research (SMOL) (J. Kincannon, adaptation by V.P. Zaitseva), the Mississippi Scale of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) (T. Keane, D. Vreven et al., adaptation by N.V. Tarabrina et al.), the test of neuropsychiatric adaptation (NPA) (I.N. Gurvich), the scale of provocation of aggression (PA) (J. Archer et al., adaptation by I.A. Furmanov), diagnostics of the features of legal consciousness (PS) (D.S. Beznosov, A.K. Bordunos).

Results. It was found that more than a third of the sample (34.1%) have signs of borderline or severe mental disorders, and a clinically significant level of PTSD was diagnosed in 13.1% of the subjects. The personality profile of the subjects is charac-

terized by the dominance of hysterical, psychopathic, depressive and schizoid traits, and aggressive reactions manifest themselves mainly in passive and suppressed forms with a high level of irritation and anger, indicating the phenomenon of “frozen aggression” and emotional exhaustion. A direct close relationship has been established between PTSD and neuropsychiatric maladjustment, impulsivity, and deformations of legal consciousness, especially with cynicism and nihilism, which are associated with psychopathy and hypomania.

Conclusion. Identification and timely prevention of risk factors for mental health disorders of convicted combatants registered with a narcologist is crucial in terms of reducing the risk of recidivism and ensuring successful re-socialization after their release from correctional institutions. The data obtained substantiate the need for a comprehensive psychocorrective, medical and social rehabilitative approach combining trauma-focused therapy, addiction treatment and socio-psychological work on the formation of legal awareness.

Keywords: convicts; war prisoners; alcohol dependence; post-traumatic stress disorder; addictions; patterns of vulnerability; prognosis of medical and social resocialization

For citation. Tsvetkova, N. A., Kislyakov, P. A., Lagvilava, K. E. (2026). Patterns of general vulnerability to post-traumatic stress disorder and addictions among convicted combatants registered with a narcologist. *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, 18(3), 367-392. <https://doi.org/10.12731/2658-6649-2026-18-3-1822>

Введение

Актуальность проблемы психического здоровья участников боевых действий из числа осужденных, отбывающих наказания в местах лишения свободы, аргументируется тем, что они подвергались многократному воздействию экстремальных стрессоров – угрозе жизни, гибели товарищей, тяжёлым ранениям и моральным травмам. Отбывать оставшийся срок наказания в исправительном учреждении они вернулись уже с новым статусом – статусом осужденных – участников специальной военной операции (далее – СВО), о психическом состоянии которых мало что известно врачам, психологам и сотрудникам уголовно-исполнительной системы. Однако установлено, что после возвращения с фронта многие участники боевых действий сталкиваются с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР, F43.1 по международной классификации болезней в 10-ом издании). Эта реакция психики на травму проявляется главным образом симптомами повторения переживаний трагического

события в форме флешбэков, повторяющихся кошмарных сновидений, сопровождающихся паникой или тревогой, злостью и гневом, чувством безнадежности и/или вины. В числе других последствий встречаются: депрессивные состояния («синдром выжившего», чувство глубокой безнадежности, апатия); деструктивное поведение (вспышки немотивированной агрессии, злоупотребление алкоголем или ПАВ, суицидальное поведение); кризис социализации (утрата доверия к гражданским лицам, дезадаптация привычных на войне поведенческих паттернов в изменившихся условиях), а также, что реже, – перевод психики с «военной темы» на темы повседневной обыденной жизни путем глубокого кризиса реадaptации и даже посттравматический рост (переоценка ценностей, возросшие жизнестойкость и жизнеспособность).

Например, установлено, что ПТСР у комбатантов представляет собой многофакторный феномен, включающий нейробиологические, психологические и социальные компоненты. Ключевыми особенностями ПТСР являются высокая коморбидность с депрессией и тревогой [7; 11; 18], динамическая трансформация симптоматики со временем [5; 9], определяющая роль социально-демографических факторов [17] и историко-культурного контекста [1].

Ряд исследователей указывает на наличие устойчивой взаимосвязи между ПТСР и злоупотреблением психоактивными веществами у участников боевых действий. А.М. Резник с соавт. отмечают, что злоупотребление алкоголем или другими ПАВ в боевой обстановке чаще всего наблюдается у лиц, ранее склонных к злоупотреблению или имеющих зависимость. В связи с переживанием эмоционального напряжения аддиктивное поведение может усиливаться или рецидивировать, вести к нарушениям поведения и конфликтам, ухудшать способность к адаптации на войне и снижать боеспособность, провоцировать другие психические нарушения, ассоциированные с зависимостью, мешать психологической и медицинской помощи. Аддиктивные расстройства во время войны становятся если не абсолютным прогностическим фактором, то важным предвестником будущей алкогольной зависимости или зависимости от ПАВ [6].

В работе Б. Проценко [16] на основе феноменологического анализа 116 случаев военнослужащих Украины установлено, что 50% пациентов с ПТСР имели сопутствующие проблемы с ПАВ, при этом алкоголь являлся наиболее распространённым ПАВ, а злоупотребление им служит ведущим фактором преждевременного прекращения терапии (84% досрочно

завершивших лечение составляли именно лица с зависимостью). Автор выделяет два клинических профиля: пациенты с преморбидной аддикцией, у которых ПТСР носит более «диффузный» характер, и лица, начавшие употреблять ПАВ после травмы, где редукция симптомов ПТСР напрямую снижает тягу к веществам.

В систематическом обзоре С. Maria-Rios и J. Morrow [14] рассматриваются нейробиологические механизмы общей уязвимости аддиктов, а также роль в ней гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и генетических факторов.

Другие исследователи, в частности, S. Back и соавторы [10] и L. Najavits с коллегами [15], подчёркивают, что коморбидность ПТСР и зависимость от ПАВ значительно ухудшает прогноз, повышает риск рецидивов и требует интегрированного подхода, сочетающего травмо-фокусированную психотерапию с аддиктологическими техниками. K. Brady et al. [12] и J. Bremner et al. [13] также отмечают, что до 60% пациентов с ПТСР имеют сопутствующие расстройства употребления, причём самолечение тревоги и избегание травматических воспоминаний выступают ключевыми мотивами. Таким образом, совокупность данных указывает на много-факторную этиологию коморбидности, где переплетаются психологические, нейробиологические, генетические и средовые факторы, что обосновывает необходимость разработки комплексных психотерапевтических и психо профилактических программ для участников боевых действий.

Особой группой социального риска среди участников боевых действий являются осуждённые – как те, которые уже вернулись из мест лишения свободы по месту жительства, так и те, которые после участия в СВО вернулись в исправительные учреждения отбывать оставшийся срок наказания, но со временем выйдут на свободу.

Анализ исследований, проведенных в этом направлении, показывает, что ресоциализация отбывших наказание лиц – участников СВО затрудняется комплексом взаимосвязанных предикторов, образовавшимся вследствие наложения двух факторов, – наличия пенитенциарного опыта и опыта участия в боевых действиях. К данным двум факторам может добавляться третий фактор – злоупотребление ПАВ, влиявший на человека до осуждения, в период отбывания наказания в местах лишения свободы (осуждённый состоял на профилактическом учете у нарколога), во время участия в СВО и продолжающий влиять по возвращении с войны в исправительное учреждение.

Как отмечает Е.В. Семелёва с коллегами [8], успешная адаптация данной категории лиц требует социальной, психологической и трудовой реабилитации, однако специфика учреждений уголовно-исполнительной системы делает этот процесс особенно сложным. Р.Р. Искандаров [2] подчёркивает, что ПТСР у комбатантов в местах лишения свободы усугубляется изоляцией, социальной депривацией и отсутствием адекватной психиатрической помощи, при этом распространённость ПТСР среди осуждённых значительно выше, чем в общей популяции. Д.В. Катаев [3] указывает на риски рецидивной преступности, связанные с социальной дезадаптацией и маргинализацией освобождённых лиц. К.О. Миненко с соавт. [4] указывает на необходимость законодательного закрепления мер постпенитенциарной probation, включая обязательную психологическую реабилитацию и трудоустройство вышедших на свободу участников СВО, зачастую не имеющих профессионально-трудовых навыков и поэтому неконкурентоспособных на рынке труда.

Таким образом, результаты уже опубликованных исследований свидетельствуют о назревшей потребности формирования эффективной системы ранней диагностики, психотерапии и ресоциализации участников боевых действий, удовлетворение которой становится не только медицинской, но и государственной задачей, поскольку от ее решения зависит не только благополучие самих участников войны, но и сохранение боеспособности армии, уровень социального здоровья и социальная безопасность в стране. Очевидно, что осуждённые – участники боевых действий, отбыв наказание в исправительном учреждении и выйдя на свободу, будут испытывать большие трудности адаптации к мирной жизни, в том числе и по причине уязвимости к аддикциям, негативно сказывающейся на их психическом здоровье.

Целью настоящего исследования является изучение психического профиля и выявление закономерностей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у осуждённых – участников боевых действий, состоящих на учете у нарколога.

Материалы и методы исследования

Участники исследования. Исследование проводилось в 2026 году. В исследовании приняло участие 167 человек мужского пола в возрасте от 22 до 60 лет (М=37 лет), которые были осуждены к лишению свободы и, приняв участие в СВО, вновь вернулись в исправительное учреждение отбывать оставшийся срок наказания. На момент исследования испытуемые находились в местах лишения свободы и при этом все они состояли на профилактическом учете у нарколога.

Методический инструментарий

Были собраны социально-демографические данные о возрасте, семейном положении, уровне образования, трудовой занятости испытуемых до осуждения.

Для достижения цели исследования использовался пакет методик:

- Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) (J. Kincannon, адаптация В.П. Зайцева) – ориентирован на выявление наиболее распространенных ситуативных или застойных личностных расстройств (шкалы: ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойяльность, психастения, шизофрения, гипомания);
- Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (T. Keane, D. Vreven et al., адаптация Н.В. Тарабриной и др.) – предназначена для диагностики ПТСР у военнослужащих, побывавших в зоне боевых действий;
- Тест нервно-психической адаптации (НПА) (И.Н. Гурвич) – предназначен для проведения уровневой оценки психического состояния в различных экстремальных ситуациях; позволяет разделить обследуемых лиц на пять выделяемых в военной психиатрии групп психического здоровья;
- Шкала провокации агрессии (ПА) (J. Archer et al., адаптация И.А. Фурманова) – предназначена для оценки эмоционального и поведенческого реагирования в ситуации провокации агрессии (шкалы: злость/гнев; бессилие; раздражение; страх; активная агрессия; пассивная агрессия; подавленная агрессия; ассертивная реакция; бегство/уход из ситуации);
- Диагностика особенностей правового сознания (ПС) (Д.С. Безносов, А.К. Бордунос) – определяет шесть основных видов правового сознания (шкалы: реализм, идеализм, фетишизм, цинизм, скептицизм, нигилизм).

Анализ данных. Полученные эмпирические данные осмысливались и обрабатывались с помощью качественных и количественных методов анализа, в том числе: анализ процентных соотношений, описательные статистики, корреляционный анализ Спирмена. Расчеты производились на базе пакета статистических программ SPSS 26.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты диагностики представлены в таблице 1 и на рисунках 1-5.

Таблица 1.

Описательные статистики

Table 1. Descriptive Statistics

Шкалы	Минимальное значение	Максимальное значение	Среднее значение	Стандартное отклонение	Асимметрия	Экссесс
Ипохондрия (СМОЛ)	0	12	4,47	2,90	0,28	-0,61
Депрессия (СМОЛ)	1	15	6,49	2,94	0,69	0,07
Истерия (СМОЛ)	3	20	9,87	3,51	0,43	-0,26
Психопатия (СМОЛ)	2	15	7,66	2,77	0,55	-0,25
Паранойальность (СМОЛ)	1	10	4,65	2,28	0,48	-0,59
Психастения (СМОЛ)	0	15	5,28	3,72	0,70	-0,32
Шизофрения (СМОЛ)	0	16	6,46	3,89	0,52	-0,31
Гипомания (СМОЛ)	0	15	4,91	2,46	0,59	1,02
Миссисипская шкала (ПТСР)	14	184	74,02	21,12	0,90	4,19
Нервнопсихическая адаптация (НПА)	0	104	20,26	16,22	1,60	4,84
Злость, гнев (ПА)	0	46	18,92	11,77	0,24	-0,91
Бессилие (ПА)	0	42	7,14	8,40	1,77	3,56
Раздражение(ПА)	0	46	22,31	11,77	0,09	-0,79
Страх (ПА)	0	40	3,81	6,21	2,85	10,15
Активная агрессия (ПА)	0	22	6,32	5,47	0,92	0,14
Пассивная агрессия (ПА)	0	23	5,38	5,56	1,34	1,24
Подавленная агрессия (ПА)	0	21	7,87	5,10	0,55	-0,04
Ассертивная реакция (ПА)	0	24	13,34	5,73	-0,41	-0,50
Бегство/уход из ситуации (ПА)	0	24	8,36	5,08	0,38	-0,16
Реализм(ПС)	-6	10	2,68	3,50	-0,27	0,03
Идеализм (ПС)	-10	10	1,11	3,69	-0,09	0,25
Фетишизм (ПС)	-10	8	-1,07	3,94	-0,09	-0,49
Цинизм (ПС)	-10	8	-0,86	3,71	-0,06	-0,30
Скептицизм (ПС)	-10	10	-0,52	3,75	-0,19	-0,09
Нигилизм (ПС)	-10	9	-1,03	4,26	0,07	-0,43

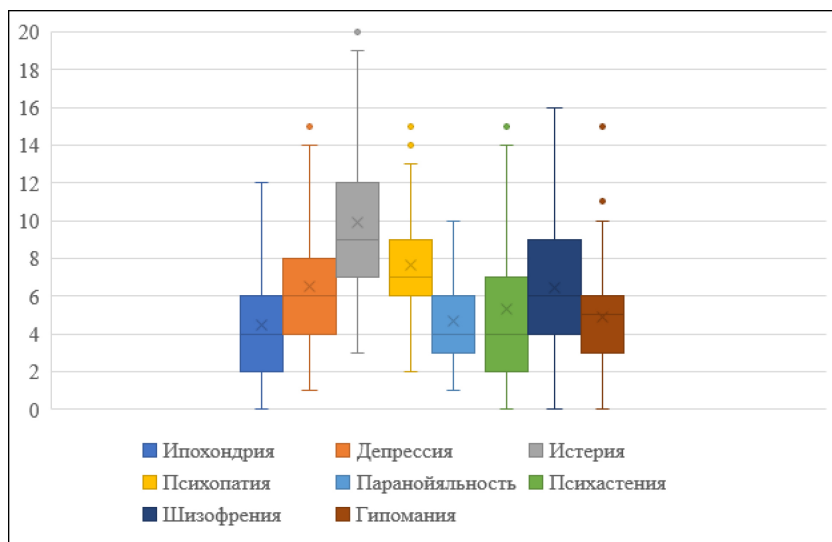


Рис. 1. Распределение испытуемых по шкалам методики «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности»

Fig. 1. Distribution of participants across the scales of the “Abbreviated Multifactor Personality Questionnaire”

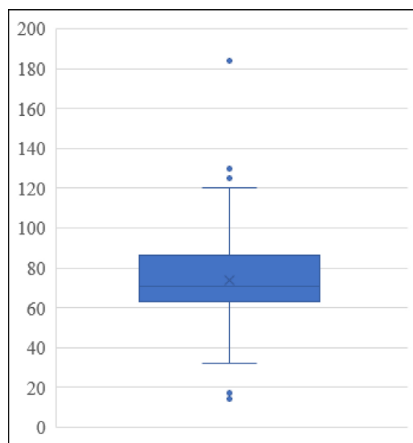


Рис. 2. Распределение испытуемых по результатам методики «Миссисиппская шкала посттравматического стрессового расстройства»

Fig. 2. Distribution of participants based on the results of the “Mississippi Post-Traumatic Stress Disorder Scale”

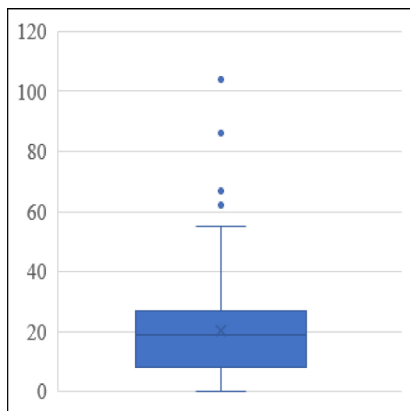


Рис. 3. Распределение испытуемых по результатам методики «Тест нервно-психической адаптации»

Fig. 3. Distribution of test subjects based on the results of the “Neuropsychological Adaptation Test”

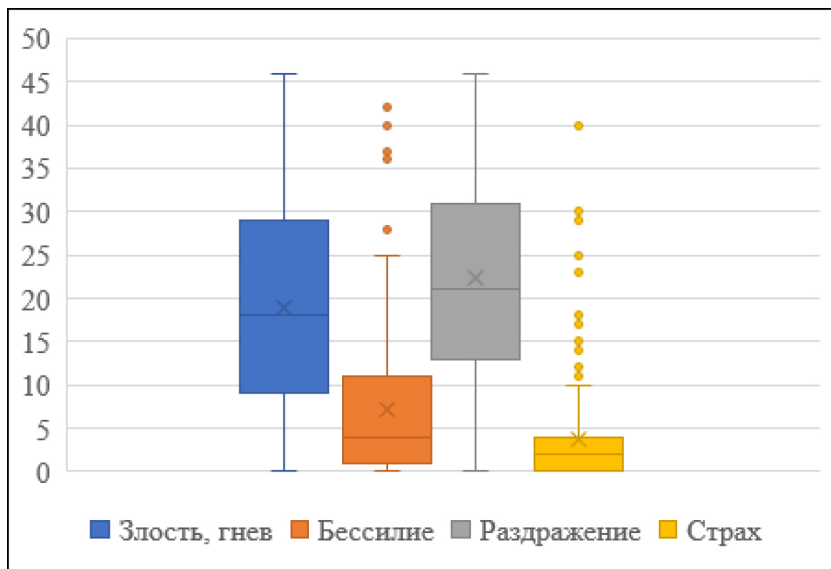


Рис. 4. Распределение испытуемых по результатам методики «Шкала провокации агрессии» (Интенсивность эмоций)

Fig. 4. Distribution of participants based on the results of the “Aggression Provocation Scale” (Emotional Intensity)

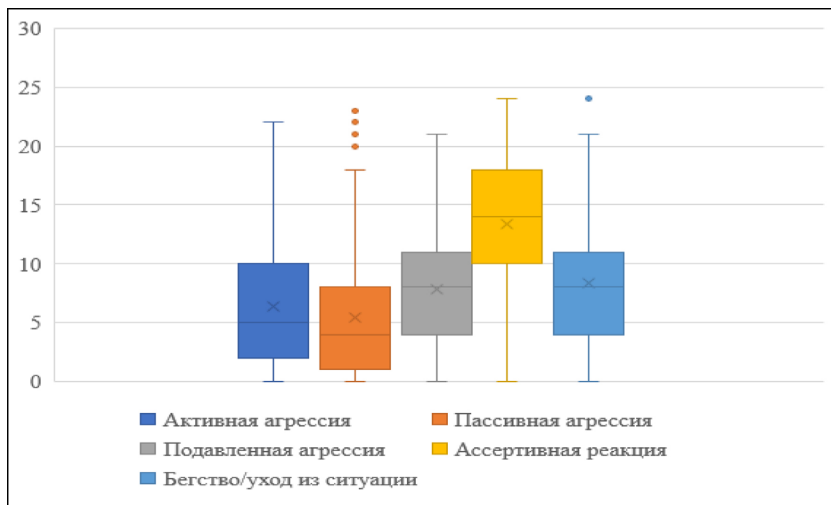


Рис. 5. Распределение испытуемых по результатам методики «Шкала провокации агрессии» (Форма реагирования)

Fig. 5. Distribution of participants based on the results of the "Aggression Provocation Scale" (Reaction Form)

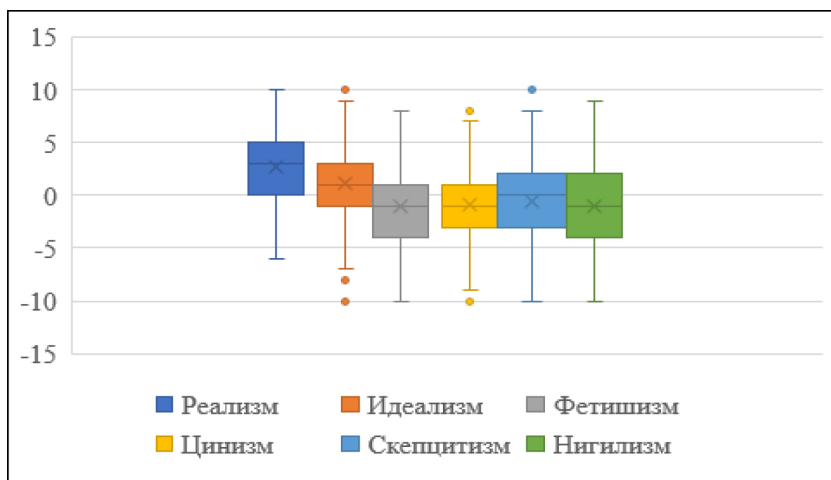


Рис. 6. Распределение испытуемых по результатам методики «Диагностика особенностей правового сознания»

Fig. 6. Distribution of participants based on the results of the "Diagnosis of Characteristics of Legal Consciousness" assessment

Анализ полученных эмпирическим путем данных, представленных в таблице и на 6-и рисунках, позволяет составить развернутую характеристику выборки по степени выраженности исследуемых психологических феноменов.

Согласно описательным статистикам, по опроснику СМОЛ, который измеряет базисные личностные черты, средние значения по всем клиническим шкалам находятся в диапазоне от 4,47 до 9,87 при максимально возможных баллах до 20. Наиболее выраженными оказались шкалы истерии (среднее 9,87, SD=3,51), психопатии (7,66, SD=2,77), депрессии (6,49, SD=2,94) и шизофрении (6,46, SD=3,89). Стандартные отклонения показывают значительный разброс индивидуальных значений, что свидетельствует о неоднородности выборки: наряду с относительно адаптированными лицами присутствуют испытуемые с выраженными личностными нарушениями.

По Миссисипской шкале ПТСР средний балл составил 74,02 (SD=21,12) при максимуме 175, что в целом соответствует нижней границе «хорошего уровня адаптации», однако высокое стандартное отклонение говорит о существенной вариативности – часть испытуемых демонстрирует клинически значимые признаки посттравматического стрессового расстройства.

Средний балл по тесту нервно-психической адаптации равен 20,26 (SD=16,22), что находится точно на границе между полным психическим здоровьем (до 20 баллов) и ограниченным психическим здоровьем (21-30 баллов), при этом эксцесс 4,84 указывает на наличие значительного числа выбросов в сторону высоких значений, то есть у многих испытуемых диагностируются пограничные состояния и выраженная психическая патология.

Анализ шкалы провокации агрессии показывает, что среди эмоций наиболее интенсивно в ответ на фрустрирующие ситуации проявляются раздражение (M=22,31, SD=11,77) и злость/гнев (M=18,92, SD=11,77), тогда как страх (M=3,81, SD=6,21) и бессилие (M=7,14, SD=8,40) выражены значительно слабее. Среди форм поведенческого реагирования ведущей является ассертивная реакция (M=13,34, SD=5,73) – способность отстаивать свои границы без агрессии, однако также заметно присутствие пассивной агрессии (M=5,38, SD=5,56) и подавленной агрессии (M=7,87, SD=5,10), а также тенденция к бегству/уходу из ситуации (M=8,36, SD=5,08).

Правовое сознание характеризуется в целом умеренными показателями: наиболее высокие средние баллы получены по шкалам реализма (M=2,68, SD=3,50) и идеализма (M=1,11, SD=3,69), тогда как негативные виды – цинизм (M=-0,86, SD=3,71), скептицизм (M=-0,52, SD=3,75) и нигилизм (M=-1,03, SD=4,26) – имеют отрицательные значения, что указывает на слабое согласие с утверждениями, их характеризующими. Тем не

менее, широкий разброс и наличие как положительных, так и отрицательных экстремумов свидетельствуют о поляризации выборки по правосознанию.

Для оценки распространённости психических нарушений и признаков ПТСР был проведён частотный анализ.

По тесту нервно-психической адаптации распределение испытуемых оказалось следующим: полное психическое здоровье (до 20 баллов) выявлено у 43,7% выборки. Ограниченное психическое здоровье (21-30 баллов, предпатология) диагностировано у 22,2%. Вероятность пограничной психической патологии, невротизация (31-40 баллов) отмечена у 18,6%. Выраженная психическая патология (более 40 баллов) обнаружена у 15,5% испытуемых. Таким образом, более трети выборки (34,1%) имеют признаки пограничных или выраженных психических расстройств, что существенно превышает популяционные показатели и связано, вероятно, с сочетанным влиянием боевого опыта, пенитенциарного стресса и хронической интоксикации психоактивными веществами.

По Миссисипской шкале ПТСР нормативный уровень адаптации (35-96 баллов) зафиксирован у 68,9% участников. Нарушение адаптации с отдельными симптомами ПТСР (97-111 баллов) наблюдается у 18,0% выборки. Наконец, клинически выраженное посттравматическое стрессовое расстройство (112 баллов и более) диагностировано у 13,1% испытуемых. Важно подчеркнуть, что у лиц, имеющих одновременно высокие баллы по шкале ПТСР и выраженную психическую патологию по тесту адаптации (а таких около 10% от общего числа), клиническая картина, вероятно, отличается большей тяжестью. Особенности агрессивных проявлений у данной категории состоят в том, что при сохранном потенциале к асертивному (конструктивному) реагированию (средний балл 13,34 из 24) ярко выражены эмоциональные компоненты раздражения и злости, которые, однако, не всегда переходят в активную агрессию (средний балл по активной агрессии лишь 6,32 из 22). Преобладают пассивные и подавленные формы агрессии, а также стратегия ухода от конфликта. Это может свидетельствовать о сформированном механизме «замороженной» агрессии, характерном для хронической травматизации и длительного нахождения в стрессогенной среде, где прямое выражение гнева было наказуемо. Кроме того, низкий уровень страха (среднее 3,81 из 48) при относительно высоком бессилии (7,14) указывает на эмоциональное истощение и снижение чувствительности к угрозам, что типично для ПТСР с доминирующим симптомом эмоционального оцепенения.

Для установления взаимосвязи между исследуемыми переменными был применен корреляционный анализ Спирмена. Корреляционный анализ позволил выявить широкий спектр значимых взаимосвязей (при $p < 0,01$), которые можно интерпретировать в контексте коморбидности посттравматического стрессового расстройства и аддиктивного поведения. Наиболее сильные корреляции обнаружены внутри опросника СМОЛ: так, шкала психастении практически линейно связана со шкалой шизофрении ($r=0,79$). Это означает, что тревожно-мнительные черты, нерешительность, навязчивые сомнения у обследованных лиц неразрывно сопровождаются эмоциональной холодностью, аутизацией и своеобразием восприятия, что в целом формирует профиль, характерный для эндогенных расстройств шизофренического спектра. Высокая корреляция психопатии с шизофренией ($r=0,675$) и психастенией ($r=0,531$) указывает на сочетание социальной дезадаптации, импульсивности, пренебрежения нормами с тревожностью и отгороженностью. Это типичный паттерн для лиц с длительной наркотической зависимостью, у которых на фоне ПТСР происходит декомпенсация личности по сложному, неврозоподобно-психопатоподобному типу. Шкала депрессии высоко коррелирует с истерией ($r=0,529$), с психопатией ($r=0,546$), с психастенией ($r=0,585$), что свидетельствует о подавленной, соматизированной депрессии с тенденцией к уходу в болезнь и демонстративным поведением, что нередко маскирует истинную глубину аффективного расстройства и повышает суицидальный риск.

Особый интерес представляют корреляции Миссисипской шкалы ПТСР с другими показателями. ПТСР умеренно, но достоверно коррелирует со шкалами СМОЛ: ипохондрией ($r=0,418$), депрессией ($r=0,371$), психопатией ($r=0,342$), шизофренией ($r=0,377$) и гипоманией ($r=0,326$). Это подтверждают известные в литературе данные о том, что ПТСР редко встречается изолированно и почти всегда сопровождается коморбидными расстройствами – глубокая депрессия, тревожные расстройства, расстройства личности. Для выборки лиц с зависимостью от ПАВ характерно усиление этих связей за счёт токсического воздействия на центральную нервную систему, что приводит к полиморфной психопатологической симптоматике. Высокая корреляция ПТСР с нервно-психической адаптацией ($r=0,466$) логична: чем тяжелее травматический стресс, тем ниже общий уровень психического здоровья. Однако обращает на себя внимание, что эта связь не является абсолютной ($r < 0,5$), что говорит о влиянии дополнительных факторов – например, копинг-стратегий, социальной поддержки или индивидуальной резистентности. Анализ корреляций ПТСР

со шкалами агрессии показывает значимые, но не очень сильные связи: с активной агрессией ($r=0,218$), злостью/гневом ($r=0,268$), раздражением ($r=0,221$) и страхом ($r=0,172$). Это может интерпретироваться как «притупление» эмоциональных реакций у участников боевых действий с ПТСР, особенно на фоне длительного употребления ПАВ, которое само по себе снижает способность к дифференцированному эмоциональному реагированию. В то же время пассивная и подавленная агрессия не показывают значимой корреляции с ПТСР, что указывает на то, что посттравматическая симптоматика связана, скорее, с импульсивным отреагированием, нежели с накопительными формами враждебности.

Наиболее сильные корреляции в блоке агрессии наблюдаются между эмоциями и формами поведения. Так, злость/гнев сильно связана с раздражением ($r=0,79$) и активной агрессией ($r=0,65$) и слабо – со страхом ($r=0,387$). Это подтверждает единство аффективного компонента агрессии: раздражение выступает как менее интенсивная форма гнева, а страх в данной выборке парадоксальным образом не тормозит, а, скорее, запускает агрессивные реакции – феномен «агрессии, спровоцированной угрозой», часто описываемый у лиц с ПТСР и аддикциями. Бессилие сильно коррелирует со страхом ($r=0,657$) и пассивной агрессией ($r=0,513$), что отражает выученную беспомощность: человек, ощущая себя бессильным, не переходит к активным действиям, а застревает в страхе и внешне пассивном, но внутренне враждебном реагировании. Подавленная агрессия теснее всего связана с пассивной агрессией ($r=0,619$) и бегством/уходом ($r=0,632$), образуя единый кластер избегающего и ингибированного поведения. Ассертивная реакция, напротив, имеет положительную, но слабую связь с бегством ($r=0,217$) и практически не связана с негативными эмоциями, что подчёркивает её конструктивный адаптивный характер. Однако важно, что ассертивность отрицательно коррелирует с цинизмом и нигилизмом, то есть лица с деформированным правосознанием менее способны к уважительному отстаиванию своих границ.

Корреляции правового сознания заслуживают отдельного внимания в контексте ПТСР и аддикции. Реализм демонстрирует значимые отрицательные связи с депрессией ($r=-0,195$), психопатией ($r=-0,170$), активной агрессией ($r=-0,248$), цинизмом ($r=-0,238$) и нигилизмом ($r=-0,297$). Это можно интерпретировать следующим образом: чем более человек погружён в депрессивные переживания, склонен к асоциальному поведению и агрессии, тем менее он способен к реалистичному, дифференцированному отношению к праву. Реализм, напротив, положительно коррелирует с

идеализмом ($r=0,367$), что ожидаемо – оба эти типа относятся к позитивным формам правосознания, хотя идеализм связан с завышенными ожиданиями от права. Идеализм также отрицательно коррелирует с истерией ($r=-0,228$) – возможно, лица с демонстративными чертами менее склонны к идеализации правовых институтов. Цинизм и нигилизм очень сильно коррелируют между собой ($r=0,568$), а также умеренно – со скептицизмом ($r=0,513$ и $r=0,441$ соответственно). Образуется «негативный кластер» правосознания, для которого характерно недоверие к закону, обесценивание его роли и склонность к противоправному поведению. Важно, что цинизм и нигилизм положительно коррелируют с психопатией ($r=0,282$ и $r=0,253$), гипоманией ($r=0,282$ и $r=0,253$), паранойальностью ($r=0,263$ и $r=0,215$), а также с фетишизмом ($r=0,294$ и $r=0,229$). Таким образом, деформация правосознания у обследованных лиц напрямую связана с личностными расстройствами возбудимого, параноидного и шизоидного круга, а также с маниакальной симптоматикой, что создаёт почву для повторных правонарушений и затрудняет ресоциализацию. Скептицизм, хоть и входит в негативный кластер, имеет более слабые связи с делинквентными чертами и положительно коррелирует с паранойальностью ($r=0,178$) и нигилизмом ($r=0,441$), что может отражать пассивное, равнодушное отношение к праву без активного противопоставления. Наконец, фетишизм – наделение правовой системы магическими свойствами – положительно коррелирует как с позитивными видами (реализм $r=0,185$, идеализм $r=0,213$), так и с негативными (цинизм $r=0,294$, нигилизм $r=0,229$), что указывает на его двойственную природу: в одних случаях это наивное доверие к закону, в других – ригидная, почти фанатичная вера в карательную мощь государства, сочетающаяся с циничным отношением к отдельным нормам.

В целом, корреляционная структура подтверждает, что у участников боевых действий с зависимостью от ПАВ посттравматический стресс тесно переплетён с широким спектром личностной патологии, дезадаптивными формами агрессии и деформациями правосознания, что требует комплексного психокоррекционного и фармакологического подхода к дальнейшей социальной реабилитации и ресоциализации.

На основе выполненного статистического анализа можно выделить пять ключевых закономерностей общей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у данной категории испытуемых.

1. Эмоционально-регуляторный дефицит: «замороженная агрессия» и бессилие. Высокие показатели раздражения и злости при низких показателях страха, сочетающиеся с пассивной и подавленной агрессией (а не

активной), указывают на неспособность к конструктивному отреагированию фрустрации. Накопленный гнев не находит выхода в ассертивных реакциях, а трансформируется в бессилие и пассивное избегание. Этот механизм усиливает риск как злоупотребления ПАВ (для временного снятия напряжения), так и хронификации ПТСР (поскольку подавление эмоций является ядром интрузивно-избегающего паттерна).

2. Коморбидный личностный профиль «тревожно-шизоидного спектра». Высокая корреляция между психастенией (тревога, сомнения) и шизофренией (аутизация, эмоциональная холодность) формирует уязвимость к двум типам расстройств. Тревожность облегчает развитие интрузий и гипервозбуждения при ПТСР, а шизоидные черты – социальную изоляцию, которая снижает защитные ресурсы и способствует переходу к употреблению ПАВ как суррогатному способу совладания

3. Импульсивность и нарушение поведенческого контроля (психопатия–гипомания). Значимые корреляции ПТСР с психопатией и гипоманией указывают на то, что у части испытуемых посттравматическая симптоматика реализуется через импульсивные, социально дезадаптивные действия. Повышенная активность, поверхностность эмоций и пренебрежение нормами облегчают переход от стрессового переживания к аддиктивному поведению (например, поиску острых ощущений, употреблению психоактивных веществ как «самолечению» гипомании). Одновременно это же повышает риск повторной травматизации и криминальных рецидивов.

4. Деформация правосознания как когнитивно-ценностная основа уязвимости. Выраженная отрицательная связь реализма с цинизмом и нигилизмом, а также сильная положительная связь цинизма и нигилизма с психопатией, гипоманией и паранойальностью показывают: чем более искажено отношение к закону (убеждение в несправедливости, бессмысленности права), тем меньше поведенческих барьеров для употребления ПАВ и тем слабее мотивация к лечению. Цинично-нигилистические установки выступают в роли «нейтрализации» морального запрета на употребление ПАВ и одновременно усугубляют посттравматическое избегание обращения за помощью.

5. Низкий адаптационный резерв и соматизация дистресса. Высокая корреляция ПТСР с нервно-психической дезадаптацией и ипохондрией отражает истощение физиологических и психологических ресурсов. Неспособность поддерживать психическое равновесие даже в обычных условиях приводит к тому, что травматический стресс запускает быстрое соматическое истощение и формирование зависимого поведения как примитивной

формы саморегуляции (через наркотики, стимуляторы или алкоголь). Хроническая интоксикация, в свою очередь, разрушает адаптационные ресурсы.

Таким образом, закономерности уязвимости носят системный характер: эмоциональная дисрегуляция сочетается с личностной аномалией (тревожно-шизоидный профиль), импульсивно-психопатическими чертами, искажениями правового сознания и общим истощением адаптационного потенциала. Эти данные могут служить основой для разработки психокоррекционных и реабилитационных программ для данной сложной категории лиц.

Заключение

В процессе изучения общей уязвимости к посттравматическому стрессовому расстройству и аддикциям у осуждённых – участников СВО, состоящих на учете у нарколога, у испытуемых были выявлены пять ключевых закономерностей, трудно совместимых со здоровьесберегающим и социально безопасным поведением: а) эмоционально-регуляторный дефицит, или «замороженная агрессия» и бессилие; б) коморбидный личностный профиль «тревожно-шизоидного спектра»; в) импульсивность и нарушение поведенческого контроля (психопатия–гипомания); д) деформация правосознания как когнитивно-ценностная основа уязвимости; е) низкий адаптационный резерв и соматизация дистресса.

Выявленные закономерности носят системный характер: у осуждённых – участников СВО, состоящих на учете у нарколога, эмоциональная дисрегуляция сочетается с личностными аномалиями (личностный профиль испытуемых определяется как «тревожно-шизоидный»), импульсивно-психопатическими чертами, деформированным правосознанием и общим истощением адаптационного потенциала.

Эти данные имеют не только научную новизну, но и обладают практическим потенциалом, поскольку могут составить основу программы медико-психологического сопровождения лиц с двойной травматизацией и алкогольной зависимостью в отечественной пенитенциарной системе. В ее основу может быть положена идея замещения деструктивных поведенческих паттернов на конструктивно-адаптивные и социально приемлемые способы реагирования. Как нам представляется, эта программа должна носить модульный характер (то есть моделироваться в соответствии с пятью выявленными закономерностями) и в итоге обуславливать у ее участников снижение частоты и интенсивности импульсивного агрессивного реагирования путем развития навыков самонаблюдения, саморегуляции,

когнитивного анализа ситуаций, переориентацию боевой идентичности в гражданский контекст.

Заключение комитета по этике. Исследование было проведено в соответствии с принципами положения Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Declaration of Helsinki, and approved by the Institutional Review Board), а также Этическим кодексом психолога Российского психологического общества.

Информированное согласие. Информированное согласие было получено от всех субъектов, участвовавших в исследовании.

Информация о конфликте интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Описание применения генеративной модели. Во время подготовки статьи использовалась языковая модель (нейросеть) DeepSeek-V4 (<https://www.deepseek.com>). На основе таблицы исходных данных эмпирического исследования нейросетью был проведен частотный анализ и корреляционный анализ, а также выполнено описание выявленных взаимосвязей. Данные, представленные нейросетью, были соотнесены с расчетами, выполненными с помощью статистической программы SPSS. После использования нейросети тест был пересмотрен и стилистически отредактирован. Авторы берут на себя полную ответственность за содержание опубликованной статьи.

Список литературы

1. Баширзаде, К. А., & Наров, М. Ю. (2025). История изучения боевой психической травмы (обзор литературы). *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, 12. <https://doi.org/10.33920/med-01-2512-04>. EDN: <https://elibrary.ru/NAATSB>
2. Искандаров, Р. Р. (2025). Посттравматическое стрессовое расстройство у комбатантов в местах лишения свободы. *Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление*, 4, 29–31. <https://doi.org/10.18572/2072-4438-2025-4-29-31>. EDN: <https://elibrary.ru/ZNXVSA>
3. Катаев, Д. В. (2025). Проблемные вопросы ресоциализации бывших осуждённых — участников специальной военной операции. *Caucasian Science Bridge*, 8(1), 51–60. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2025.1.5>. EDN: <https://elibrary.ru/XJWAKC>
4. Миненко, К. О., & Миненко, А. О. (2023). Система мер ресоциализации, социальной адаптации и социальной реабилитации помилованных участников

- специальной военной операции. *Философия права*, 3, 125–134. EDN: <https://elibrary.ru/MXYLHB>
5. Никишина, В. Б., Петраш, Е. А., & Юнина-Пакулова, Н. Ю. (2025). Мотивационная структура временной перспективы участников боевых действий. *Национальный психологический журнал*, 20(2), 67–79. <https://doi.org/10.11621/npj.2025.0205>. EDN: <https://elibrary.ru/FIBKNJ>
 6. Резник, А. М., Рябина, Д. А., Зоркина, Я. А. (2025). *Методические рекомендации для комплексной диагностики психических расстройств, связанных с травмирующим стрессом*. ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». <https://niiroz.ru/upload/iblock/62f/nxwkgzj69md33lham2bbshp97uv6szmt/Методические%20рекомендации%20для%20комплексной%20диагностики%20психических%20расстройств,%20связанных%20с%20травмирующим%20стрессом.pdf>. ISBN: 978-5-00258-861-9. EDN: <https://elibrary.ru/XOOZHU>
 7. Рябина, Д. А., Зоркина, Я. А., Резник, А. М., Очнева, А. Г., Закуражная, В. И., Цурина, А. М., Чернов, А. С., Левин, А. М., Дмитриев, А. С., Дмитриева, С. А., Козырева, А. В., Каленкович, А. В., Егорова, А. В., Кучеренко, О. В., Костюк, Г. П., & Морозова, А. Ю. (2025). Анализ проблем диагностики боевого посттравматического стрессового расстройства в психиатрическом стационаре. *Психиатрия*, 23(2), 19–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-19-31>. EDN: <https://elibrary.ru/CGGVWZ>
 8. Семелёва, Е. В., Селезнева, Н. М., & Плигина, Е. В. (2026). Ресоциализация бывших заключённых, вернувшихся с СВО. *Международный научно-исследовательский журнал*, 1. <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.163.28>. EDN: <https://elibrary.ru/HEDKMV>
 9. Сукиасян, С. Г. (2009). О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий. *Социальная и клиническая психиатрия*, 19(1), 12–18. EDN: <https://elibrary.ru/KDYETJ>
 10. Back, S. E., Jarnecke, A. M., Norman, S. B., Zaur, A. J., & Hien, D. A. (2024). State of the science: Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 37, 803–813. <https://doi.org/10.1002/jts.23049>. EDN: <https://elibrary.ru/ITCURH>
 11. Boiko, D. I., Mats, O. V., Martnenko, Y. P., Oliinyk, O. G., Chernov, A. A., Herasymenko, L. O., & Zhyvotovska, L. V. (2026). Depressive and anxiety signs in combatants with stress-related mental disorders. *Azerbaijan Medical Journal*, 1, 34–41. <https://doi.org/10.34921/amj.2026.1.006>. EDN: <https://elibrary.ru/QLXFGO>
 12. Brady, K. T., Dansky, B. S., Sonne, S. C., & Saladin, M. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence: Order of onset. *American Journal on Addictions*, 7(2), 128–135. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.1998.tb00327.x>

13. Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A., & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 369–375. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.369>. EDN: <https://elibrary.ru/HETJLJ>
14. Maria-Rios, C. E., & Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00006>. EDN: <https://elibrary.ru/TQHEIB>
15. Najavits, L. M., Clark, H. W., & DiClemente, C. C. (2020). PTSD/Substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 544–558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>. EDN: <https://elibrary.ru/SCIRVG>
16. Protsenko, B. (2025). The relationship between substance abuse and post-traumatic stress disorder in combatants. *Technologies of Intellect Development*, 9(2). <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.2.10>. EDN: <https://elibrary.ru/SJOWBI>
17. Salihu, M. J., Makanjuola, A. B., Sulyman, D., et al. (2026). Socio-demographic and occupational factors associated with psychiatric morbidity among Nigerian army personnel. *Discover Psychology*, 6, 59. <https://doi.org/10.1007/s44202-026-00604-y>. EDN: <https://elibrary.ru/FCDVAE>
18. Shuliakova, M. (2026). Phenomenological structure of mental disorders in combatants. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 11(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v11i1.714>. EDN: <https://elibrary.ru/AYZFDL>

References

1. Bashirzade, K. A., & Narov, M. Y. (2025). The history of studying combat-related psychological trauma (literature review). *Journal of Neurology, Psychiatry, and Neurosurgery*, 12. <https://doi.org/10.33920/med-01-2512-04>. EDN: <https://elibrary.ru/NAATSB>
2. Iskandarov, R. R. (2025). Post-traumatic stress disorder in combatants in correctional facilities. *Penal System: Law, Economics, Management*, 4, 29–31. <https://doi.org/10.18572/2072-4438-2025-4-29-31>. EDN: <https://elibrary.ru/ZNXVSA>
3. Kataev, D. V. (2025). Problematic issues of re-socialization of former convicts who participated in the special military operation. *Caucasian Science Bridge*, 8(1), 51–60. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2025.1.5>. EDN: <https://elibrary.ru/XJWAKC>
4. Minenko, K. O., & Minenko, A. O. (2023). A system of measures for re-socialization, social adaptation, and social rehabilitation of pardoned participants in the special military operation. *Philosophy of Law*, 3, 125–134. EDN: <https://elibrary.ru/MXYLHB>

5. Nikishina, V. B., Petrash, E. A., & Yunina-Pakulova, N. Y. (2025). Motivational structure of the time perspective among combatants. *National Psychological Journal*, 20(2), 67–79. <https://doi.org/10.11621/npj.2025.0205>. EDN: <https://elibrary.ru/FIBKNJ>
6. Reznik, A. M., Ryabinina, D. A., Zorkina, Y. A. (2025). *Guidelines for the comprehensive diagnosis of mental disorders associated with traumatic stress*. City Clinical Psychiatric Hospital No. 1, Moscow Healthcare Department. <https://niioz.ru/upload/iblock/62f/nxwkgzj69md33lham2bbshp97uv6szmt/Методические%20рекомендации%20для%20комплексной%20диагностики%20психических%20расстройств,%20связанных%20с%20травмирующим%20стрессом.pdf>. ISBN: 978-5-00258-861-9. EDN: <https://elibrary.ru/XOOZHU>
7. Ryabinina, D. A., Zorkina, Y. A., Reznik, A. M., Ochneva, A. G., Zakurazhnaya, V. I., Tsurina, A. M., Chernov, A. S., Levin, A. M., Dmitriev, A. S., Dmitrieva, S. A., Kozyreva, A. V., Kalenkovich, A. V., Egorova, A. V., Kucherenko, O. V., Kostyuk, G. P., & Morozova, A. Y. (2025). Analysis of the challenges in diagnosing combat-related post-traumatic stress disorder in a psychiatric hospital. *Psychiatry*, 23(2), 19–31. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-2-19-31>. EDN: <https://elibrary.ru/CGGVWZ>
8. Semelyova, E. V., Selezneva, N. M., & Pligina, E. V. (2026). Re-socialization of former prisoners who returned from the special military operation. *International Research Journal*, 1. <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.163.28>. EDN: <https://elibrary.ru/HEDKMV>
9. Sukiasyan, S. G. (2009). On some aspects of the dynamics of post-traumatic stress disorders among combatants. *Social and Clinical Psychiatry*, 19(1), 12–18. EDN: <https://elibrary.ru/KDYETJ>
10. Back, S. E., Jarnecke, A. M., Norman, S. B., Zaur, A. J., & Hien, D. A. (2024). State of the science: Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 37, 803–813. <https://doi.org/10.1002/jts.23049>. EDN: <https://elibrary.ru/ITCURH>
11. Boiko, D. I., Mats, O. V., Martnenko, Y. P., Oliinyk, O. G., Chernov, A. A., Herasy-menko, L. O., & Zhyvotovska, L. V. (2026). Depressive and anxiety signs in combatants with stress-related mental disorders. *Azerbaijan Medical Journal*, 1, 34–41. <https://doi.org/10.34921/amj.2026.1.006>. EDN: <https://elibrary.ru/QLXFGO>
12. Brady, K. T., Dansky, B. S., Sonne, S. C., & Saladin, M. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence: Order of onset. *American Journal on Addictions*, 7(2), 128–135. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.1998.tb00327.x>
13. Bremner, J. D., Southwick, S. M., Darnell, A., & Charney, D. S. (1996). Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *Ameri-*

- can Journal of Psychiatry*, 153(3), 369–375. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.369>. EDN: <https://elibrary.ru/HETJLJ>
14. Maria-Rios, C. E., & Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 14. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2020.00006>. EDN: <https://elibrary.ru/TQHEIB>
15. Najavits, L. M., Clark, H. W., & DiClemente, C. C. (2020). PTSD/Substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 544–558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>. EDN: <https://elibrary.ru/SCIRVG>
16. Protsenko, B. (2025). The relationship between substance abuse and post-traumatic stress disorder in combatants. *Technologies of Intellect Development*, 9(2). <https://doi.org/10.31108/3.2025.9.2.10>. EDN: <https://elibrary.ru/SJOWBI>
17. Salihu, M. J., Makanjuola, A. B., Sulyman, D., et al. (2026). Socio-demographic and occupational factors associated with psychiatric morbidity among Nigerian army personnel. *Discover Psychology*, 6, 59. <https://doi.org/10.1007/s44202-026-00604-y>. EDN: <https://elibrary.ru/FCDVAE>
18. Shuliakova, M. (2026). Phenomenological structure of mental disorders in combatants. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 11(1). <https://doi.org/10.26766/pmgp.v11i1.714>. EDN: <https://elibrary.ru/AYZFDL>

ДАННЫЕ ОБ АВТОРАХ

Цветкова Надежда Александровна, доктор психологических наук, доцент, главный научный сотрудник; профессор кафедры социальной и педагогической психологии

Федеральное казенное учреждение «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний»; Государственный университет просвещения

ул. Житная, 14, г. Москва, 119991, Российская Федерация; ул. Радио, 10А, стр. 2, г. Москва, 105005, Российская Федерация
TsvetkovaNA@yandex.ru

Кисляков Павел Александрович, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психологии, конфликтологии и бихевиористики; профессор кафедры русистики, этно-ориентированной педагогики и цифровой дидактики; главный научный сотрудник

Российский государственный социальный университет; Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; Федеральное ка-

зенное учреждение «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний»

ул. В. Пика, 4, стр. 1, г. Москва, 129226, Российская Федерация; ул. Миклухо-Маклая, 6, г. Москва, 117198, Российская Федерация; ул. Житная, 14, г. Москва, 119991, Российская Федерация
kisliakovpav@yandex.ru

Лаввилава Кира Евгеньевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии и сопровождения развития ребёнка

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Псковский государственный университет»
пл. Ленина, 2, г. Псков, 180000, Российская Федерация
lagvilava@pskgu.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Nadezhda A. Tsvetkova, Dr. Sci. (Psychology), Associate Professor, Chief Scientific Officer; Professor of the Department of Social and Pedagogical Psychology
Federal State Institution “Research Institute of the Federal Penitentiary Service”; State University of Education

14, Zhitnaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation; 10A, building 2, Radio Str., Moscow, 105005, Russian Federation

TsvetkovaNA@yandex.ru

SPIN-code: 1681-2189

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0967-205X>

ResearcherID: V-1958-2017

Scopus Author ID: 57190443351

Pavel A. Kislyakov, Dr. Sci. (Psychology), Professor, Professor of the Department of Psychology, Conflictology and Behavioral Sciences; Professor of the Department of Russian Studies, Ethnic-Oriented Pedagogy, and Digital Didactics at the Institute of the Russian Language; Chief Scientific Officer

Russian State Social University; Peoples’ Friendship University of Russia; Research Institute of the Federal Penitentiary Service

4/1, V. Pika Str., Moscow, 129226, Russian Federation; 6, Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russian Federation; 14, Zhitnaya Str., Moscow, 119991, Russian Federation

kisliakovpav@yandex.ru

SPIN-code: 1375-5625

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-9183>

ResearcherID: E-4701-2016

Scopus Author ID: 56348736600

Kira E. Lagvilava, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychology and Child Development Support

Pskov State University

2, Lenin Sq., Pskov, 180000, Russian Federation

lagvilava@pskgu.ru

SPIN-code: 8239-6292

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8142-2779>

ResearcherID: AET-2196-2022

Scopus Author ID: 57201631743

Поступила 20.04.2026

После рецензирования 02.06.2026

Принята 24.06.2026

Received 20.04.2026

Revised 02.06.2026

Accepted 24.06.2026