

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89-008.441: 616.89-008.487: 616.89-008.4-055.1|465*22/*55|

Для цитирования: Диденко А.В., Казенных Т.В., Мальцев В.С., Костин А.К., Аленина О.К., Коваль К.М. Перитравматическая диссоциация в структуре клинических маркеров посттравматического стрессового расстройства в условиях коморбидности. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 1 (130). С. 87-95. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-87-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-87-95)

Перитравматическая диссоциация в структуре клинических маркеров посттравматического стрессового расстройства в условиях коморбидности

**Диденко А.В.^{1,2}, Казенных Т.В.^{1,2}, Мальцев В.С.¹,
Костин А.К.¹, Аленина О.К.¹, Коваль К.М.¹**

¹ НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Россия, 634050, Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Перитравматические диссоциативные симптомы представляют собой существенный фактор потенциального риска последующего развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Функциональное значение данной симптоматики рассматривается в плоскости защитной реакции личности от влияния интенсивного травматического события (угроза жизни и здоровью, насилие, унижение, утраты и пр.). Диссоциация в момент переживаемого травматического опыта, предоставляя возможность на короткий срок отвлечься от болезненных переживаний, в то же время является фактором риска последующих хронических постстрессовых расстройств за счет нарушения процесса когнитивной, эмоциональной и личностной переработки травматического события. Пролонгированная диссоциативная симптоматика может рассматриваться как особый клинический вариант ПТСР. Клинически значимым и практически полезным является использование показателей перитравматической диссоциации в качестве маркера тяжести ПТСР с учетом высокой коморбидности с другими психическими расстройствами. **Цель:** оценить интенсивность проявлений перитравматической диссоциации в контексте взаимосвязей с тяжестью клинических проявлений ПТСР и коморбидностью с другими психическими расстройствами. **Материал.** Исследование выполнено на базе отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Обследованы мужчины – участники специальной военной операции (n=52) в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст 38,2±8,9 года), самостоятельно обратившиеся и прошедшие стационарное лечение в связи с ПТСР, коморбидным с другими психическими расстройствами (критерии МКБ-10). **Методы:** клинико-психопатологический, психометрический с использованием стандартизированной Миссисипской шкалы ПТСР (военный вариант) для оценки тяжести ПТСР и опросника перитравматической диссоциации для оценки ситуативных диссоциативных состояний; статистические методы с использованием непараметрических показателей. **Результаты и обсуждение.** Перитравматическая диссоциация и тяжесть клинических проявлений ПТСР в контексте коморбидности состоят в реципрокных отношениях: наиболее тяжелые проявления ПТСР и низкие показатели перитравматической диссоциации характеризуются включением в клиническую картину коморбидных аффективных и тревожных расстройств, более высокий уровень перитравматической диссоциации характерен для клинических проявлений ПТСР, коморбидных с органическими психическими расстройствами. **Заключение.** Снижение или нарастание показателей интенсивности перитравматической диссоциации может быть связано с влиянием коморбидной психической патологии, опосредованным через когнитивную сферу личности. Использование показателей перитравматической диссоциации в качестве прогностического маркера клинической динамики тяжести ПТСР требует включения в клинко-диагностический план дополнительных психометрических показателей и объективных анамнестических сведений.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, перитравматическая диссоциация, коморбидность, участники специальной военной операции.

ВВЕДЕНИЕ

Диссоциативную симптоматику в рамках пост-травматического стрессового расстройства (ПТСР) традиционно рассматривают в контексте взаимосвязей между нормальной реакцией личности при актуализации психологических защитных механизмов и выраженной патологией, граничащей с психотическими формами реагирования. В выборке комбатантов выявлены невротические и связанные со стрессом расстройства (73,3%) с преобладанием ПТСР (67,1%); выделены варианты боевого ПТСР: 1) тревожно-эксплозивный (51,9%), являющийся наиболее прогностически благоприятным – выздоровление в 37,5%, 2) диссоциативный (32,4%), 3) апатичный (15,7%) – положительные исходы в 17,2% и 17,7% случаев; к факторам прогноза ПТСР отнесены клинический вариант, выраженность дисстрессорирующих реминисценций, наличие ЧМТ в анамнезе [1].

Обнаружена связь между перитравматической диссоциацией (ПД) и развитием ПТСР; имеющиеся различия результатов разных исследований обусловлены временем с момента ПД, параметрами и объемом выборки, дизайном и методологией исследования [2]. Перитравматические диссоциативные симптомы представляют собой существенный критерий оценки риска последующего развития ПТСР. Связанные с травматическим событием страхи смерти и потери контроля объясняют связь между ПД и тяжестью ПТСР [3].

Перитравматическая диссоциация в клинике ПТСР характеризуется симптоматикой в виде проявлений деперсонализации, дереализации, амнезии и нарушения идентичности, связанной с непосредственным переживанием травматического события. Функциональное значение данной симптоматики рассматривается в плоскости защитной реакции личности от влияния интенсивного травматического события (угроза жизни, унижение и пр.), однако диссоциация переживаемого травматического опыта является угрожающим риск-фактором последующих хронических ПТСР за счет нарушения процесса когнитивной, эмоциональной и личностной переработки травматического события. ПД является прогностическим предиктором негативных убеждений о себе, когда нарушена граница личностных ценностей и внутреннего пространства, с развитием гнева и осознания вины, стыда, невозможностью оправдать себя [4]. Пролонгированная диссоциативная симптоматика рассматривается как особый клинический вариант ПТСР. Так, систематический обзор исследований (PubMed, Web of Science, Scopus, PILOTS, PsychInfo, Embase) по изучению факторов риска диссоциативного ПТСР показал, что данный подтип ПТСР в основном характеризуется деперсонализацией и дереализацией [5].

ПД опосредует связь между количеством травматических событий в течение жизни и симптомами ПТСР через 1 месяц. Помимо панического расстройства в объяснении влияния более высокого уровня травматического воздействия в течение жизни на будущие симптомы ПТСР играют роль и другие механизмы – неконтролируемость фактора травматизации, наличие детских травм, субъективное индивидуальное восприятие с использованием защитных механизмов вытеснения и диссоциации [6]. Воспринимаемая угроза и ПД связаны с симптомами ПТСР; ощущаемая опасность моделировала взаимосвязь между расстройством личности и всеми кластерами симптомов ПТСР, за исключением избегания; негативные последствия РЛ проявляются, если травма оценивается как крайне угрожающая [7]. Избегающее копинг-поведение может служить механизмом, посредством которого ПД способствует развитию симптомов ПТСР; вмешательства, направленные на снижение избегающего поведения у людей с выраженной диссоциацией могут помочь уменьшить симптомы ПТСР [8]. Развитие ПТСР опосредовано перитравматическими факторами, но это опосредование зависит от пола, мужчины с более высоким уровнем невротизма подвержены особому риску развития ПТСР [9]. ПД по-разному предсказывает развитие ПТСР: у лиц, подвергшихся физическому насилию и изнасилованию, с низким уровнем образования вероятность диссоциации во время воздействия психотравматического стрессового события выше, чем у свидетелей и лиц с более высоким образованием [10]. В контексте боевого ПТСР проблема личности рассматривается на трех уровнях: претравматические (преморбидные) личностные особенности, интратравматические личностные расстройства, посттравматические расстройства личности. Психологическое травмирующее воздействие может привести к развитию симптомов ПТСР и РЛ; ядром измененной личности становятся враждебность и недоверчивость к окружающему миру, опустошенность и безнадежность, чувство собственной измененности, высокий уровень тревоги и низкий уровень субъективного контроля [11].

В клинической практике диссоциативную симптоматику зачастую рассматривают как ненадежную в плане формулирования выводов о психическом состоянии пациента с ПТСР. Забывание (вытеснение) травматической информации, искажение её при реконструкции прошлого опыта может приводить, с одной стороны, к склонности комбатантов к преувеличению тяжести переживаний и непоследовательности при воспоминаниях о травматическом событии, с другой – к минимизации субъективной значимости травматического события.

В связи с этим указанные последствия необходимо оценивать в контексте влияния на клинику ПТСР других факторов, в первую очередь психиатрической коморбидности. В этом аспекте оценка проявлений перитравматической диссоциации представляет интерес в клиническом и прогностическом плане.

ЦЕЛЬ

Оценить интенсивность проявлений перитравматической диссоциации в контексте взаимосвязей с тяжестью клинических проявлений ПТСР и коморбидностью с другими психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Обследованы мужчины – участники специальной военной операции (СВО) ($n=52$) в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст $38,2 \pm 8,9$ года), самостоятельно обратившиеся и прошедшие стационарное лечение в связи с ПТСР, коморбидным с другими психическими расстройствами (критерии МКБ-10).

Критерии включения: наличие клинических проявлений ПТСР (F43.1); коморбидные психические расстройства следующих диагностических рубрик МКБ-10: F0 (F06.6, F06.7, F07.0), F1x.2, F3, F4 (F40, F41, F42, F43.2, F44, F45), F6 (F60, F61). Критерии исключения: психические расстройства следующих диагностических рубрик МКБ-10: F0 (F0-F03, F04, F05, F06.0-F06.5, F06.8, F06.9), F2, наличие тяжелых, декомпенсированных проявлений неврологической и соматической патологии (обострение), затрудняющих объективную оценку клинического состояния.

При проведении исследования был использован клинико-психопатологический метод – наблюдение, клиническое интервью, квалификация психического статуса с установлением диагноза и динамической оценкой психического состояния в процессе терапии. В ходе исследования проведено психодиагностическое тестирование: 1) Миссисипская шкала ПТСР для оценки выраженности клинических проявлений ПТСР у ветеранов боевых действий (Mississippi Scale, 1988) [12], применялся русскоязычный адаптированный вариант [13], 2) Опросник перитравматической диссоциации (ОПД) для измерения выраженности диссоциативных переживаний и оценки риска возникновения отсроченной реакции на травматический стресс [14].

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие и получили информацию об исследовании (ожидаемые преимущества, потенциальные риски). Защита персональных данных обеспечивалась соответствующим кодированием.

Обследование пациентов осуществлялось в рамках лечебного процесса – госпитализации, в двух контрольных точках (при госпитализации и при выписке из стационара) с последующим предоставлением информации о результатах проведенного исследования в понятной для пациента форме.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи лицензионного программного обеспечения StatSoft Statistica версии 10.0 с использованием непараметрических методов. Нормальность распределения показателей анализируемых шкал проверялась критериями Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова. Все анализируемые показатели не соответствовали нормальному распределению, поэтому сравнение групп проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни. Результаты представлены медианой и межквартильным интервалом (Me [Q1–Q3]). Различия и корреляции считались статистически значимыми при уровне $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

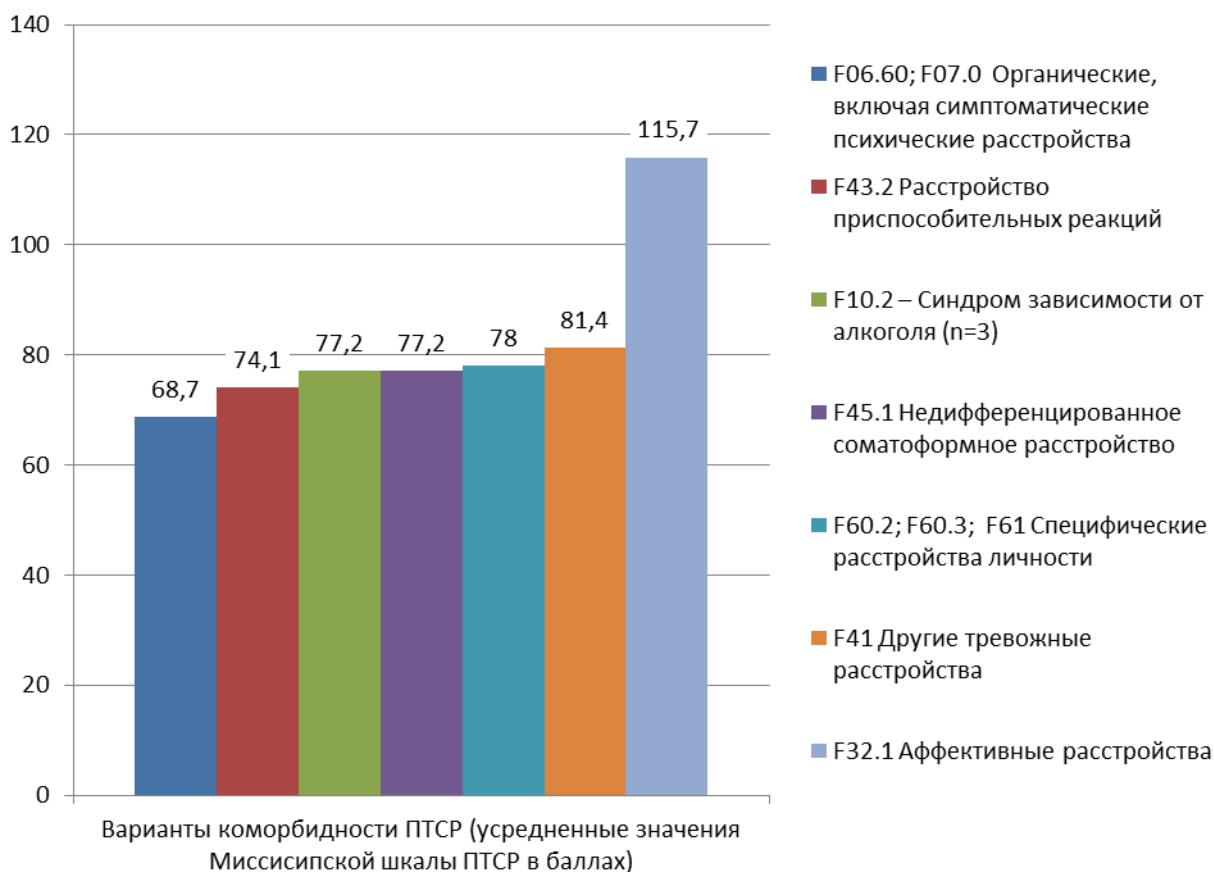
Структура коморбидных с ПТСР психических расстройств представлена следующими диагностическими категориями: органические, включая симптоматические психические расстройства (F06.60, F07.0) – $n=12$ (23,1%); психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ (F10.2) – $n=3$ (5,7%), аффективные расстройства (F32.1) – $n=6$ (11,5%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: F41 – $n=12$ (23,1%), F43.2 – $n=12$ (23,1%), F45.1 – $n=2$ (3,8%), специфические расстройства личности (F60.2, F60.3, F61) – $n=5$ (9,6%).

Анализ продолжительности пребывания комбатантов в зоне боевых действий показал, что в выборке преобладали лица, находившиеся в зоне военных действий до 6 месяцев ($n=23$; 44,2%). Госпитализация в психиатрический стационар была связана с плановыми реабилитационными мероприятиями у лиц, демобилизованных со службы (органические психические расстройства – $n=10$, расстройство приспособительных реакций – $n=2$), и самостоятельным обращением военнослужащих во время нахождения в отпуске в связи с наличием актуальной психопатологической симптоматики ($n=40$). Отмечается наименьшая продолжительность пребывания в зоне СВО лиц с ПТСР, коморбидными с органическими психическими расстройствами ($n=8$), зависимостью от алкоголя ($n=3$) и расстройствами приспособительных реакций ($n=7$).

Характер выполняемых боевых задач также являлся дополнительной характеристикой переживаемого личностью травматического опыта. Большинство участников СВО ($n=45$; 86,5%) принимали непосредственное участие в боевых операциях

в составе военных подразделений, однако часть комбатантов были заняты обеспечением их проведения, эвакуацией раненых с поля боя и тел погибших военнослужащих ($n=7$; 13,5%). Испытываемое психоэмоциональное напряжение, вызванное страхом смерти и повреждений в результате огнестрельного ранения, взрывной травмы, потерей в личном составе в период боевых действий ($n=13$; 25%), было связано с проявлением так называемой сверхбдительности в опасной среде, что отражало условия современного ведения боевых действий (использование дронов, управляемых беспилотных летательных средств, возможность ведения боевых действий ночью). Пребывание в окружении и плену с постоянным страхом за жизнь, проживанием в тяжелых условиях как вариант травматического события отмечался в 14 случаях (26,9%). Получение ранения, как угрожающий здоровью травматический опыт ($n=3$), было связано с потерей (ампутацией) конечностей. Актуальные психоэмоциональные переживания, связанных с влиянием физического переутомления (шумы, взрывы, нерегулярный сон и отдых, высокая физическая активность, накапливающаяся усталость) выявлены в 10 случаях (19,1%).

Оценка психотравмирующей ситуации, связанной с возвращением из зоны боевых действий, характеризовалась широким спектром личностных реакций (тревога, опасения, страхи). Первый тип ситуаций был связан с пережитым ранее травматическим опытом, субъективным ощущением ненужности, чуждости гражданской жизни, желанием вернуться на СВО ($n=13$; 25,0%). Вторым типом реакции – противоположный ($n=14$; 26,9%): обследованные отмечали актуальность негативных переживаний, связанных с необходимостью возвращения, в том числе с возможными негативными правовыми последствиями невозвращения (в случае уклонения от возвращения в район боевых действий). Личностно значимыми детерминантами, определяющими принятие решения, являлись жизненные обстоятельства, связанные с конфликтами и нестабильностью брачных, семейных, межличностных отношений, переживанием утраты близкого, реакцией на диагноз о тяжелой, неизлечимой болезни ($n=20$; 38,5%). В 5 случаях (9,9%) субъективно значимая психическая травма была связана с потерей работы, утратой квалификации, в том числе и из-за вынужденного ухода на инвалидность.



Р и с у н о к 1. Усредненные значения тяжести ПТСР в баллах в зависимости от коморбидности с другими психическими расстройствами по Миссисипской шкале ПТСР (военный вариант)

Сравнительный анализ интенсивности клинических проявлений ПТСР (Миссисипская шкала ПТСР) с применением Н-критерия Краскела–Уоллиса ($H=36,439$; $p=0,0001$) показал, что минимальные проявления интенсивности ПТСР отмечались при коморбидности с органическими психическими расстройствами (средний ранг 8,95), максимальная субъективная тяжесть ПТСР – при коморбидности с другими тревожными расстройствами (средний ранг 47,88) и аффективными расстройствами (средний ранг 49,75) (рис. 1).

Сравнительный анализ интенсивности перитравматической диссоциации в клинической картине ПТСР ($H=33,364$; $p=0,0001$) продемонстрировал, что наиболее интенсивная диссоциативная симптоматика отмечалась при коморбидности с аффективными расстройствами (средний ранг 50,75), в то время как низкие показатели выраженности перитравматической диссоциации отмечались при коморбидности ПТСР с расстройствами адаптации (средний ранг 12,31). Выраженность

перитравматической диссоциации в случае коморбидности ПТСР с другими тревожными расстройствами (средний ранг 22,5) и соматоформной симптоматикой (средний ранг 23,7) оценивалась как средняя. В случае коморбидности с органическими психическими расстройствами значения интенсивности перитравматической диссоциации оценивались выше средних (средний ранг 38,6).

Корреляционный анализ взаимосвязей между показателями выраженности клинических проявлений ПТСР и интенсивностью перитравматической диссоциации у пациентов с различной коморбидностью, проведенный с помощью ранговой корреляции Спирмена, установил слабую и среднюю положительные корреляционные связи с коморбидной симптоматикой в виде других тревожных и аффективных расстройств ($r=0,395$, $r=0,454$ соответственно, при $p \leq 0,05$); отрицательную умеренную корреляционную связь – с органическими психическими расстройствами ($r=-0,608$ при $p \leq 0,05$).

Т а б л и ц а 1. Корреляции Спирмена (r) между показателями тяжести ПТСР и интенсивностью перитравматической диссоциации у пациентов с различным типом коморбидности ($p \leq 0,05$)

Клинический вариант коморбидности ПТСР с другими психическими расстройствами (Миссисипская шкала ПТСР)	Показатели перитравматической диссоциации (интенсивность по ОПД) Коэффициент корреляции Спирмена (r)
F06.60; F07.0 Органические, включая симптоматические психические расстройства (n=12)	-0,608
F43.2 Расстройство приспособительных реакций (n=12)	-0,146
F10.2 Синдром зависимости от алкоголя (n=3)	-0,09
F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство (n=2)	-0,149
F60.2, F60.3, F61 Специфические расстройства личности (n=5)	-0,161
F41 Другие тревожные расстройства (n=12)	0,395
F32.1 Аффективные расстройства (n=6)	0,454

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что клиника ПТСР отличается по интенсивности и тяжести нарушений, в генезе которых значимую роль играет коморбидность с другими психическими расстройствами. ПТСР не является изолированным синдромом и всегда сосуществует с другими психическими расстройствами, влияющими на проявления клинической картины.

Проявления перитравматической диссоциации дифференцируются в зависимости от вклада в клиническую картину тревожных, аффективных нарушений и органической симптоматики. Можно предположить, что влияние органического фактора на клинику ПТСР носит опосредованный характер в зависимости от степени выраженности нейрокогнитивных нарушений, поскольку интенсивность проявлений ПД у пациентов с органическими психическими расстройствами была более высокой, чем у лиц с расстройствами адаптации и соматоформной симптоматикой. Однако значимую отри-

цательную корреляционную связь показателей тяжести ПТСР и интенсивности проявлений ПД в случаях коморбидности с органической симптоматикой можно объяснить различиями в тяжести перенесенной ЧМТ (легкая, средняя, тяжелая) и разным уровнем нейрокогнитивных нарушений – от легких и умеренных до тяжелых расстройств когнитивных функций. Также исследование показало, что аффективные и другие тревожные расстройства в клинике ПТСР положительно связаны с интенсивностью переживаемой ПД, а их наличие в клинической картине ПТСР соответственно может рассматриваться как показатель выраженности клинической симптоматики. Опубликованные результаты других научных исследований подтверждают тот факт, что проявления феномена ПД различаются по степени интенсивности, зависящей от влияния множества других факторов, например, имеющегося ранее боевого опыта, уровня образования, индивидуальной уязвимости, изменения личности на фоне дистресса [15].

ПД приводит к недостаточному кодированию памяти о травме, устойчивость диссоциации препятствует детализации памяти, что вызывает её фрагментацию и развитие ПТСР [16]. ПД определяется как нарушение и/или разрыв нормальной интеграции сознания, памяти, идентичности, эмоций, восприятия, репрезентации тела, моторного контроля и поведения; диссоциация и самоповреждающее поведение выступают как защитная реакция на травматическое событие, как деструктивный, патологический способ саморегуляции [17].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлены статистически значимые различия в показателях тяжести клинических проявлений ПТСР и интенсивности перитравматической диссоциации в зависимости от типа психиатрической коморбидности. Наиболее тяжелые проявления ПТСР напрямую связаны с ПД и включением в клиническую картину коморбидных аффективных и тревожных расстройств. Отмечается снижение интенсивности ПД при нарастании тяжести клинических проявлений ПТСР, коморбидного с органическими психическими расстройствами, что может быть обусловлено различным воздействием органической симптоматики (структурные, функциональные повреждения головного мозга) на когнитивную сферу личности. Исследование комплексной оценки нейрокогнитивных нарушений у участников боевых действий с ПТСР и их связи с феноменом перитравматической диссоциации планируется продолжить с использованием дополнительных стандартизованных психометрических методов.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование выполнено в ходе реализации государственного задания «Разработка новых комплицированных психонейротехнологий ранней диагностики и направленной терапии стресс-индуцированных и аддиктивных расстройств на основе психофармакологического воздействия и адаптивного биоуправления» (регистрационный номер 1025031000109-2-3.2.24).

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», этическими стандартами, разработанными на основании Хельсинской декларации ВМА 1964 г., с внесенными поправками в 1975-2013 гг. Одобрено ЛЭК НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (протокол № 189/2.2025 от 9 декабря 2025 г.).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шамрей В.К., Марченко А.А., Дрига Б.В., Маркин К.В., Моисеев Д.В. Исходы стационарного лечения посттравматического стрессового расстройства у комбатантов. Современная терапия психических расстройств. 2022. № 3. С. 14-24. Shamrey VK, Marchenko AA, Driga BV, Markin KV, Moiseev DV. Outcomes of hospital treatment for post-traumatic stress disorder in combatants. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2022;3:14-24. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.80.39.002> (in Russian).
2. Lensvelt-Mulders G, van der Hart O, van Ochten JM, van Son MJ, Steele K, Breeman L. Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008 Oct;28(7):1138-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.006>. Epub 2008 Mar 28. PMID: 18502549.
3. Gershuny BS, Cloitre M, Otto MW. Peritraumatic dissociation and PTSD severity: do event-related fears about death and control mediate their relation? *Behav Res Ther*. 2003 Feb;41(2):157-66. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(01\)00134-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00134-6). PMID: 12547377.
4. Thompson-Hollands J, Jun JJ, Sloan DM. The association between peritraumatic dissociation and PTSD symptoms: The mediating role of negative beliefs about the self. *J Trauma Stress*. 2017 Apr;30(2):190-194. <https://doi.org/10.1002/jts.22179>. PMID: 28449364; PMCID: PMC5793871.
5. Hansen M, Ross J, Armour C. Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *J Affect Disord*. 2017 Apr 15;213:59-69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.004>. Epub 2017 Feb 7. PMID: 28192736.
6. Figueroa RA, Errázuriz P, Hoesboer CM, Olf M. Peritraumatic dissociation partially mediates the influence of lifetime trauma exposure on prospective PTSD symptoms. *J Trauma Dissociation*. 2024 Oct-Dec;25(5):628-642. <https://doi.org/10.1080/15299732.2024.2383191>. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39082315.
7. Dokkedahl SB, Lahav Y. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress symptoms: the moderating role of perceived threat. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2338670. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2338670>. Epub 2024 Apr 15. PMID: 38618677; PMCID: PMC11020594.
8. Pacella ML, Irish L, Ostrowski SA, Sledjeski E, Ciesla JA, Fallon W, Spoonster E, Delahanty DL. Avoidant coping as a mediator between peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder symptoms. *J Trauma Stress*. 2011 Jun;24(3):317-25. <https://doi.org/10.1002/jts.20641>. Epub 2011 May 25. PMID: 21618289; PMCID: PMC4388133.
9. Cyniak-Cieciura M, Popiel A, Kendall-Tackett K, Zawadzki B. Neuroticism and PTSD symptoms: Gender moderates the mediating effect of peritraumatic emotions and dissociation. *Psychol Trauma*. 2022 Mar;14(3):462-470.

- <https://doi.org/10.1037/tra0001065>. Epub 2021 Aug 19. PMID: 34410814.
10. Duagani Masika Y, Leys C, Matonda-Ma-Nzuzi T, Blanchette I, Mampunza Ma Miezi S, Kornreich C. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder in individuals exposed to armed conflict in the Democratic Republic of Congo. *J Trauma Dissociation*. 2019 Oct-Dec;20(5):582-593. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1597814>. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30958225.
 11. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства. *Психолог*. 2013. № 2. С. 258-308. Sukiasyan SG, Tadevosyan MYa. The role of personality in the development of combat post-traumatic stress disorder. *Psychologist*. 2013. No. 2. P. 258-308. <https://doi.org/10.7256/2306-0425.2013.2.252> (in Russian).
 12. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Feb;56(1):85-90. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>. PMID: 3346454.
 13. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с. Tarabrina NV. Workshop on the psychology of post-traumatic stress. St. Petersburg: Piter, 2001:272 (in Russian).
 14. Агарков В.А., Тарабрина Н.В. Опросник перитравматической диссоциации. Посттравматический и поствоенный стресс. Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход. Материалы III научно-практической конференции. Пермь, 1998. С. 17-19. Agarkov VA, Tarabrina NV. Peritraumatic dissociation questionnaire. Posttraumatic and post-war stress. Problems of rehabilitation and social adaptation of participants in emergency situations: an interdisciplinary approach. Proceedings of the III scientific and practical conference. Perm, 1998:17-19 (in Russian).
 15. Мельниченко В.В. Перитравматические диссоциативные процессы у комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством различной степени тяжести. Pro et contra в психиатрии. Материалы российской научной конференции (к 100-летию кафедры психиатрии Ростовского медицинского университета). Ростов-на-Дону, 2024. С. 57-60. Melnichenko VV. Peritraumatic dissociative processes in combatants with post-traumatic stress disorder of varying severity. Pro et contra in psychiatry. Proceedings of the Russian scientific conference (on the 100th anniversary of the Department of Psychiatry of the Rostov Medical University). Rostov-on-Don, 2024:57-60 (in Russian).
 16. Bedard-Gilligan M, Zoellner LA. Dissociation and memory fragmentation in post-traumatic stress disorder: an evaluation of the dissociative encoding hypothesis. *Memory*. 2012;20(3):277-99. <https://doi.org/10.1080/09658211.2012.655747>. Epub 2012 Feb 21. PMID: 22348400; PMCID: PMC3310188.
 17. Польская Н.А., Мельникова М.А. Диссоциация, травма и самоповреждающее поведение. Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 1 (107). С. 25-48. Polskaya NA, Melnikova MA. Dissociation, trauma, and self-harming behavior. *Consulting Psychology and Psychotherapy*. 2020;28;1(107):25-48. <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280103> (in Russian).

Поступила в редакцию 15.12.2025

Утверждена к печати 02.03.2026

Диденко Александр Владимирович, д.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России. ORCID iD 0000-0001-9796-1673. SPIN-код РИНЦ 7933-9487. AuthorID РИНЦ 773422. ResearcherID B-4722-2019.

Казенных Татьяна Валентиновна, д.м.н., заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук; профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. SPIN-код РИНЦ 6956-3031. ORCID iD 0000-0002-6253-4644. AuthorID РИНЦ 626033. tvk151@yandex.ru

Мальцев Валерий Сергеевич, к.м.н., заведующий первым клиническим психиатрическим отделением НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. ORCID iD 0000-0002-7562-3857. SPIN-код РИНЦ 9040-8619 AuthorID РИНЦ 625977. valery04011971@gmail.com

Костин Алексей Константинович, к.м.н., врач-психиатр первого клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. ORCID iD 0000-0002-6006-4853. ResearcherID J-2397-2017. SPIN-код РИНЦ 3564-8249. AuthorID РИНЦ 625519. apex19_79@mail.ru

Аленина Олеся Кареновна, врач-психиатр первого клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. ORCID iD 0000-0001-7169-2647. AuthorID РИНЦ 1191952. SPIN-код РИНЦ 4072-9614. dr.alenina.ok@mail.ru

Коваль Кирилл Михайлович, младший научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук. mr.koval1999@gmail.com

✉ Диденко Александр Владимирович, dedzone@yandex.ru

UDC 616.89-008.441: 616.89-008.487: 616.89-008.4-055.1|465*22/*55|

For citation: Didenko A.V., Kazennykh T.V., Maltsev V.S., Kostin A.K., Alenina O.K., Koval K.M. Peritraumatic dissociation in the structure of clinical markers of posttraumatic stress disorder in conditions of comorbidity. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2026, 1 (130): 87-95. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1\(130\)-87-95](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-1(130)-87-95)

Peritraumatic dissociation in the structure of clinical markers of posttraumatic stress disorder in conditions of comorbidity

Didenko A.V.^{1,2}, Kazennykh T.V.^{1,2}, Maltsev V.S.¹, Kostin A.K.¹, Alenina O.K.¹, Koval K.M.¹

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

² *Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation Moskovsky Trakt 2, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Relevance. Peritraumatic dissociative symptoms are a significant risk factor for the subsequent development of post-traumatic stress disorder (PTSD). The functional significance of these symptoms is considered in terms of the individual's protective response to the impact of an intense traumatic event (threat to life and health, violence, humiliation, loss, etc.). Dissociation during a traumatic experience, while providing a short-term escape from painful experiences, is also a risk factor for subsequent chronic post-traumatic stress disorders due to disruption of the cognitive, emotional, and personal processing of the traumatic event. Prolonged dissociative symptoms can be considered a specific clinical variant of PTSD. The use of peritraumatic dissociation indicators as a marker of PTSD severity is clinically significant and practically useful, given its high comorbidity with other mental disorders. **Objective:** to assess the intensity of peritraumatic dissociation manifestations in the context of relationships with the severity of clinical manifestations of PTSD and comorbidity with other mental disorders. **Material.** The study was conducted at the Borderline States Department of the Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences. The study included male participants of the Special Military Operation (n=52) aged 22 to 55 years (mean age 38.2±8.9 years), who voluntarily sought and underwent inpatient treatment for PTSD comorbid with other mental disorders (ICD-10 criteria). **Methods:** clinical, psychopathological, psychometric methods with the use of the Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (M-PTSD) to assess the severity of PTSD and the peritraumatic dissociation questionnaire to assess situational dissociative states; statistical methods with the use of nonparametric indicators. **Results and Discussion.** Peritraumatic dissociation and the severity of clinical manifestations of PTSD in the context of comorbidity are in a reciprocal relationship: the most severe manifestations of PTSD and low rates of peritraumatic dissociation are characterized by the inclusion of comorbid affective and anxiety disorders in the clinical picture, while a higher level of peritraumatic dissociation is characteristic of clinical manifestations of PTSD comorbid with organic mental disorders. **Conclusion.** A decrease or increase in the intensity of peritraumatic dissociation may be associated with the influence of comorbid mental pathology, mediated through the cognitive sphere of the personality. The use of peritraumatic dissociation indicators as a prognostic marker of the clinical dynamics of PTSD severity requires the inclusion of additional psychometric indicators and objective anamnestic information in the clinical diagnostic plan.

Keywords: posttraumatic stress disorder, peritraumatic dissociation, comorbidity, participants in special military operations.

Received December 15, 2025

Accepted March 02, 2026

Didenko Alexander V., D. Sc. (Medicine), associate professor, lead researcher, Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor, Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-9796-1673. SPIN-code RSCI 7933-9487. AuthorID RSCI 773422.

Kazennykh Tatyana V., D. Sc. (Medicine), Deputy Director for Research and Medical Work, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor, Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID J-1673-2017. Author ID Scopus 57195285544. AuthorID RSCI 626033. ORCID iD 0000-0002-6253-4644. SPIN-code RSCI 6956-3031. tvk151@yandex.ru

Maltsev Valery S., Cand. Sc. (Medicine), Head of the First Clinical Psychiatric Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-7562-3857. AuthorID RSCI 625977. SPIN-code RSCI 9040-8619. valery04011971@gmail.com

Kostin Alexey K., Cand. Sc. (Medicine), psychiatrist of the First Clinical Psychiatric Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-6006-4853. ResearcherID J-2397-2017. SPIN-code RSCI 3564-8249. AuthorID RSCI 625519. apex19_79@mail.ru

Alenina Olesya K., psychiatrist of the First Clinical Psychiatric Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-7169-2647. AuthorID RSCI 1191952. SPIN-code RSCI 4072-9614. dr.alenina.ok@mail.ru

Koval Kirill M., junior research fellow, Borderline States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. mr.koval1999@gmail.com

✉ Didenko Alexander V., dedzone@yandex.ru