

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ
ТОМСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА

На правах рукописи

ЕПАНЧИНЦЕВА Елена Макаровна

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА
У КОМБАТАНТОВ (клинико-динамический и реабилитац
ионный аспекты)

Специальность — 14.00.18—«психиатрия»

Д и с с е р т а ц и я
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
академик РАМН, профессор В.Я. Семке

Томск – 2001

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. Клинико-динамическая и реабилитационная характеристики посттравматических стрессо- вых расстройств (ПТСР) у комбатантов (Обзор литературы)	9
1.1. Эволюция взглядов на проблему боевого стресса	9
1.2. Клинические и динамические аспекты по- сттравматических стрессовых расстройств у комбатантов	13
1.3. Оценка патогенетических факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств	22
1.4. Лечебно-реабилитационные принципы и мето- ды коррекции посттравматических стрессовых расстройств	32
Глава 2. Материалы и методы исследования	37
2.1. Методы исследования.....	37
2.2. Характеристика объекта исследования	44
Глава 3. Условия формирования посттравматических стрессовых расстройств	54
3.1. Оценка преморбидных качеств комбатантов	54
3.2. Анализ стрессогенных факторов	61
3.3. Роль физиогенных факторов	65
Глава 4. Систематика и типология посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов	70
Глава 5. Клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов	83
5.1. Динамика невротического варианта	86

	5.2. Динамика патохарактерологического варианта	99
	5.3. Динамика неврозо-, психопатоподобного варианта	112
Глава 6.	Принципы и методы реабилитации и превенции посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	146
ВЫВОДЫ	162
	Список использованной литературы.....	165
	Приложения	183

В В Е Д Е Н И Е

Состояние вопроса и актуальность исследования

Проблема изучения психогений, возникающих и формирующихся в условиях чрезвычайных ситуаций (в том числе у комбатантов), несомненно, остается актуальной, что оправдывает попытку выделения нового раздела медицины – “психиатрии катастроф” (Семке В.Я., Положий Б.С., 1990; Яцков Л.П., 1996; Александровский Ю.А., 1996, 2001; Кекелидзе З.И., 1998, 2001). Объектом пристального внимания становятся так называемые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР). Их основные критерии описаны при изучении “поствьетнамского синдрома” и представлены в работах многих зарубежных авторов (Shatan C.F., 1972; Horowitz M.G., Winer N., 1980, 1987; Friedman M.I., 1981; Schnyder U., 1996; Orner R.J. et al., 1993; Ehler U., Wagner D., Heinrich M., Hein C., 1999), а также в отечественной литературе - при исследовании “афганского” и “чеченского” синдромов (Александровский Ю.А., 1993; Литвинцев С.В., 1994, 2001; Снедков Е.В., 1997, 1998; Демченкова Г.З., 1998; Сидоров П.И., 1999).

Специфический симптомокомплекс, общность этиологии и несоответствие психических расстройств у пострадавших ранее известным нозологическим формам позволили выделить их в качестве самостоятельного синдрома (Horowitz M.G., 1980) и включить в американскую классификацию психических расстройств DSM-III.

В основе посттравматических стрессовых расстройств лежит психическая травма, обозначаемая как “экстраординарное событие” для конкретной личности, способная вызвать тяжелый психический стресс и сопровождаться негативным спектром эмоций (интенсивным страхом, чувством беспомощности или ужасом и др.). Несмотря на очевидную серьезность проблемы и все большее вовлечение лиц в участие в военных конфликтах, вопрос воздействия факторов боевого стресса в России изучен недостаточно. Это затрудняет сформулировать четкую

стратегию медико-психологической помощи ветеранам локальных войн, имеющим психические расстройства, осуществить раннюю диагностику и адекватную синдромологическую и нозологическую квалификацию выявленных феноменов, разработать дифференцированные реабилитационные программы, новейшие методы их терапии и профилактики.

Цель и задачи исследования

Цель исследования — изучение патогенеза, клинико-динамических закономерностей формирования и течения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов с обоснованием принципов ранней диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

В рамках поставленной цели предметом специального изучения были следующие задачи:

1. Исследовать факторы формирования ПТСР (с учетом тяжести и продолжительности психотравмирующего стрессового воздействия).
2. Выявить условия развития ПТСР у комбатантов (оценка преморбидных особенностей, влияние конституционально-биологических, микросоциально-средовых и органических факторов).
3. Осуществить разработку систематики и типологии ПТСР.
4. Изучить особенности клинико-динамических закономерностей развития данных расстройств.
5. Разработать на основе полученных клинико-динамических результатов критерии ранней диагностики и прогноза ПТСР.
6. Предложить реабилитационные, реадaptационные программы, основанные на сочетании комплексных психотерапевтических, психофармакологических и психопрофилактических воздействий для комбатантов с различной структурой ПТСР.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Тяжесть и прогноз психических расстройств у комбатантов определяются интенсивностью стрессорного воздействия, продолжи-

тельностью пребывания в боевой обстановке и их конституционально-биологическими, преморбидными личностными характеристиками.

2. В типологической структуре ПТСР выделено три варианта (невротический, патохарактерологический и неврозо-, психопатоподобный), различающихся по своей клинической динамике.

3. Социальная (трудовая, семейная) адаптация зависит от типологической структуры личности комбатантов, специфических приспособительных психобиологических изменений, выработанных ими в ходе боевой обстановки.

4. Применение дифференцированных комплексных реабилитационных программ с учетом клинико-динамического понимания ПТСР показывает целесообразность оказания трехэтапной (на амбулаторном, полустационарном и стационарном уровнях) помощи комбатантам.

Научная новизна результатов исследования

На основании данных комплексного клинико-динамического, экспериментально-психологического, иммунологического изучения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов выявлены клинические и параклинические критерии их ранней диагностики, прогноза и реадaptации. Получены приоритетные систематизированные сведения о закономерностях формирования, структуре и типологии посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. На этой основе выделены три типологических варианта. Изучены стадии их течения и факторы, определяющие затяжную динамику.

Практическая значимость работы

Полученные данные существенно дополнили клиническую характеристику и динамику ПТСР у участников локальных войн. Выделен комплекс предрасполагающих к психотравмирующему реагированию патогенных факторов. Результаты работы могут послужить фундаментом для выявления лиц, нуждающихся в динамическом наблюдении, с целью повышения эффективности и своевременной коррекции началь-

ных проявлений ПТСР у комбатантов и снижения до минимума риска их хронизации. Представлены дифференцированные программы терапии, реабилитации и превенции, способствующие осуществлению психолого-психиатрической помощи участникам боевых действий. Эта работа выполнена в условиях специально созданного подразделения (Реабилитационного Центра участников войны в Афганистане и других локальных войн), функционирующего в содружестве с ТОКПБ и НИИ курортологии.

Апробация работы

Основные положения диссертации обсуждены и доложены на IX, X отчётных научных сессиях НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск, 1999, 2001); IV международной научно-практической конференции “Качество — стратегия XXI века” (Томск, 1999); круглом столе “Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса” (Томск, 2000); XIII съезде психиатров России (Москва, 2000); юбилейной научной конференции, посвящённой 20-летию Алтайской краевой психиатрической больницы (Барнаул, 2001); региональном рабочем совещании “Психофизиологические проблемы санаторно-курортной реабилитации больных с соматоформными расстройствами” (Белокуриха, 2001); научной конференции с международным участием “Международные и экологические эффекты ионизирующей радиации” (Томск, 2001); международном симпозиуме “Тревожно-фобические расстройства: современные аспекты” (Томск, 2001).

Диссертация апробирована на межотделенческой конференции НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Томск, октябрь, 2001).

Публикации: по материалам диссертации опубликовано 19 статей, список которых приводится в конце автореферата.

Объем и структура работы

Диссертационная работа состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка использованной литературы. Общий объем диссертации — 182 страницы машинописного текста. Диссертация иллюстрирована 10 рисунками, 2 схемами, 14 таблицами. Библиографический указатель включает 249 источников, из них 133 отечественных и 116 иностранных.

Г л а в а 1

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ
РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

(Обзор литературы)

1.1. Эволюция взглядов на проблему боевого стресса

Патогенная роль боевого стресса в развитии психологических изменений и психопатологических расстройств у участников военных действий известна с давних времен и встречается уже в трудах древнейших ученых (философов и историков Геродота, Лукреция). Научные же исследования и первые научные описания психических расстройств у участников боевых событий относятся ко второй половине XIX века. В 1871 году Da Costa описал в работе “О взволнованном сердце специфический симптомокомплекс, названный им “солдатским сердцем” на основании наблюдения за солдатами действующей армии в период гражданской войны в Северной Америке. Они предъявляли жалобы на жгучие боли за грудиной, учащенное сердцебиение, прерывистость дыхания, одышку, общую слабость и головокружение. Этиология данных расстройств оставалась неясной, а неспособность солдат участвовать в боевых действиях вследствие описанных психовегетативных расстройств трактовали как трусость, слабодушие, отсутствие личной дисциплинированности (Solomon Z., 1987, 1989, 2001; Goodwin J., 1987). Изучение опыта первой мировой войны привело к описанию симптомокомплекса под названием “shell shock” (“снарядный” или “артиллерийский” шок). К проявлениям “снарядного” шока относили повторяющиеся кошмарные сновидения военного содержания, повышенную раздражительность, фобические и тревожные симптомы, параличи, слепоту и различные соматические расстройства (Grinker R.R., Spielgel J.P., 1945; Menninger W.C., 1948). Отставленные психопатологические

синдромы, связанные с участием в войне многих учёных того времени, именовались “военными” или “травматическими” неврозами. Ведущими факторами в патогенезе данных расстройств считались предрасполагающий характер, личностные дефекты. Война рассматривалась как фактор, провоцирующий развитие психических нарушений у исходно неполноценной личности, оттесняя травматические эффекты боевого стресса на второй план (Figley Ch.R., 1978; Stampfer H.G., 1990). S. Freud (1989) в отличие от большинства исследователей того времени главным фактором развития “военного” невроза считал не органические нарушения в головном мозге, вызванные, например, близкими разрывами снарядов, а именно психическую травматизацию военного события. Психические расстройства он связывал с невротическим конфликтом между содержанием “мирного” и “военного” Его. Отечественными исследователями было обнаружено патологическое травмирующее воздействие военных событий на формирование и развитие “еще несложившейся” личности, война расценивалась как генератор “уродств характера” – психопатий (Ганнушкин П.Б., 1927, 1998; Краснушкин Е.К., 1960; Шнайдер К., 1999). Обобщение опыта второй мировой войны способствовало дальнейшему изучению природы боевого стресса, для описания психических расстройств у солдат были предложены новые термины (“боевое утомление” и “боевое истощение”). Это способствовало совершенствованию оказания специализированной помощи на основании углубленного клинического понимания проблемы (Вырубов Н.А., 1915; Давиденков С.Н., 1915; Залкинд И.А., 1944; Menninger W.S., 1948; De Fasio V.J., 1978; Danieli Y., 1985; Boehnlein J.K., Dparr L.F., 1993; Bisson J.I., 1996). Вопросы адаптации ветеранов к мирной жизни оставались практически неизученными, хотя бывшие солдаты начинали предъявлять самые различные жалобы (на ночные кошмары военной тематики, тревогу, беспокойство, суицидальные мысли, взрывчатость, проблемы в межличностных отношениях и др.) в

течение 5 лет (Keane T.M., Fairbank J.A., 1983; Lucking R.C., 1986; Macleod A.D., 1991), 15 лет (Archibald H.E. et al., 1962) и даже 30 лет (Klonoff H. et al., 1976) после окончания войны.

Наибольший интерес к последствиям боевого стресса (в особенности его отдалённых последствий) проявился в связи с изучением опыта войны США во Вьетнаме (1964-1973). С течением времени у ветеранов нарастали психопатологические симптомы и психосоциальные проблемы. Специфичность и распространённость данных проявлений, а также признание боевого стресса как основного этиологического фактора психических расстройств у ветеранов привело исследователей к новому понятию – “поствьетнамский синдром” (Van Putten T.T., Emory W.H., 1973; Blair D.T., Hildreth N.A., 1991). В литературе этот синдром описывался как “группа симптомов, больших и малых, специфических и неопределённых, с аффективными, межличностными и адаптационными компонентами” (Hamilton J.D., Canteen W.Jr., 1987; Green B.L. et al., 1989).

Кроме воздействия боевого стресса на здоровье человека, к концу 70-х годов учеными было описано и воздействие на человека различных катастрофических психических травм. Так, ещё в 1866 году I.E. Erichsen опубликовал работу “Железнодорожная и другие травмы нервной системы”, в которой охарактеризовал психические расстройства у лиц, переживших аварии на железной дороге. В 1888 году Н. Орпенгейм ввел в практику широко известный диагноз “травматический невроз”, в рамках которого были описаны многие симптомы современного посттравматического стрессового расстройства. Е Краепелин (1915), характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после пережитого тяжелого стресса могут оставаться постоянные, усиливающиеся с течением времени расстройства. Е. Линдемманн в 1944 году ввел понятие “патологического горя” для определения постстрессовых психических расстройств, развивающихся после перенесенной

массивной психотравмы. “Синдром узников концентрационных лагерей” был описан в 1959 году V. Frankl. В 1964 году W.G. Niederland и K. Lifton ввели понятие “синдрома выживших” после различного рода катастроф. Позднее A. Burges и L. Holstrom (1974) описали “синдром изнасилованных”. Катастрофические стрессовые события вызывали у пострадавших длительные нервно-психические нарушения полиморфного характера с утратой обычной эмоциональности, повторяющимися кошмарными сновидениями, диссоциативными эпизодами типа “flack-backs”, повторными мучительными переживаниями травматического события, повышенной возбудимостью и раздражительностью. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 году M. Horowitz et al. впервые предложили термин “посттравматический стрессовый синдром”, который был впоследствии включен в руководство по диагностике и статистике в американскую классификацию психических расстройств DSM-III и обрел официальный статус под названием “посттравматическое стрессовое расстройство”. Наиболее подробно посттравматическое стрессовое расстройство изучалось зарубежными авторами на контингенте вьетнамских комбатантов (Hendin H. et al., 1981, 1984; Foy D.W. et al., 1987; Pary R. et al., 1988; Green B.L., 1990; Mueser K.T. et al., 1991; Neilsen T., 1991; Viola J.M., McCarthy D., 1994), а впоследствии – отечественными учеными в связи с известными событиями в Афганистане [1979-1989] (Карвасарский Б.Д. с соавт., 1990; Александровский Ю.А., 1993; Краснянский А.Н., Морозов П.В., 1995; Сидоров П.И., Лукманов М.Ф., 1997; Вассерман Л.И. с соавт., 1999) и на Северном Кавказе [1994-1996 г.г., 1999 г.—по настоящее время] (Нечипоренко В.В., 1995; Маклаков А.Т., 1996; Сакерин В.В., Головкин Н.В., 1998; Хохлов Л.К., 1998; Кекелидзе З.И., 1998; Сыропятов О.Г., 1999; Семке В.Я., 1999, 2000; Литвинцев С.В., 2001).

Таким образом, эволюция взглядов на проблему боевого стресса, его природу и сущность психических расстройств у комбатантов представляет самостоятельный интерес. Научно обоснованных положений по оказанию им психологической и психотерапевтической помощи в отечественной литературе весьма мало. Клинико-динамический и реабилитационный аспекты ещё далеки как от своего теоретического, так и практического разрешения.

1.2. Клинические и динамические аспекты посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов

Несмотря на выделение посттравматических стрессовых расстройств в качестве особой рубрики в МКБ -10 (F43.I), диагностические критерии стрессовых расстройств продолжают интенсивно обсуждаться и изучаться (Положий Б.С., Гурин Н.В, 1994; Брызгунов И.И., 1999; Александров Е.О., Красильников Г.Т., 2000; Крылов К.Е., Шамрей В.К., Лыткин В.М., 2000; Кекелидзе З.И., 2001; Bresbau N., David G.C., 1987; Orr S. P. et al., 1990; Daie N., Witztum E., 1991; Carlson J.G. et al., 1994; Duffy J.D., Malloy P.F., 1994). Это обусловлено, в первую очередь, достаточно высокой распространенностью в населении (у лиц, переживших экстремальные события) – от 3,6 до 75% (Davidson A.C., 2001). Этот же автор сообщает данные, согласно которым у лиц, переживших нацистские концентрационные лагеря, наблюдались состояния, трактуемые по современной классификации как посттравматические стрессовые расстройства — в 85-100% случаев.

В отечественной литературе был представлен показатель распространенности среди переживших тяжелый стресс, равный 50-80% (Попов Ю.В., Вид В.В., 1997, 1998). В мирное время случаи посттравматических стрессовых расстройств в популяции составляют для мужчин 0,45%, для женщин — 1,2% (Брызгунов И.И., 1999). В различных

исследованиях американских ученых частота нервно-психических расстройств, вызванных боевым стрессом, среди вьетнамских комбатантов колеблется от 18 до 54% (Jones G.H., Lovett J.W., 1987; Bleich A. et al., 1991; Funari D.J. et al., 1991; Lansky Mr., 1991). Более 58000 ветеранов закончили жизнь суицидом (почти столько же погибло во Вьетнаме), что объяснялось проблемами адаптации их к мирной жизни, приводило к тяжелым психологическим конфликтам (Domash M.D., Sparr L.F., 1982; Mark M. et al., 1996; Boydewyns P.A., 1996; Johnson D.R. et al., 1996; Shalev A.Y., 1997).

Посттравматическое стрессовое расстройство — относительно новый для отечественной психиатрии диагноз. Согласно МКБ-10 (рубрика 43.1), “оно представляет собой отставленную или затяжную реакцию на стрессовое событие либо ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать дистресс практически у любого человека”. Тем самым подчеркиваются две его особенности (Тиганов А.С., 1999): психогенная природа расстройства и выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психогении, исключительная способность ее патогенного воздействия, в связи с чем, безусловно, посттравматические стрессовые расстройства заслуживают особого внимания. В современном виде приводятся следующие диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства:

А. Переживание субъектом экстраординарного события (краткосрочного и длительного), вызвавшего интенсивный страх, чувство беспомощности и глубокого отчаяния.

Б. Стойкие непроизвольные и чрезвычайно живые (flash-backs) воспоминания перенесенного, находящие отражение в повторяющихся тягостных сновидениях, усиливающиеся при попадании в ситуации, напоминающие стрессовые или связанные с ней (включая годовщину травмы).

В. Постоянное стремление избегания ситуаций, напоминающих стрессовую или ассоциирующихся с ней, при отсутствии такого поведения до стресса.

Г. Любое из двух :

Частичная или полная психогенная амнезия в отношении важных аспектов перенесенного стресса.

Наличие не менее двух из нижеследующих признаков повышенной психической чувствительности и возбудимости, отсутствующих до экспозиции стрессу:

- а) нарушение засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднение концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования;
- д) усиленная реакция на испуг.

Д. Проявления, описанные в пунктах Б-Г, возникают в пределах 6 месяцев после экспозиции стрессу или по окончании его действия.

В DSM-IV, другими зарубежными исследователями (Телле Р., 1999; Orts M.A.L., 1986; Williams-Keeler L. et al., 1994; Manor I. et al., 1995), а также отечественными авторами (Цыганков Б.Д. с соавт. 1992; Пушкарев А.П., 1997, 1998, 1999; Брызгунов И.И., 1999) выделяются следующие варианты посттравматического стрессового расстройства: острое (длительностью менее 3 месяцев), хроническое (симптомы сохраняются более 6 месяцев) и отсроченное (симптомы появляются через 6 месяцев после окончания воздействия стрессора).

Диагностическое значение перечисленных критериев носит дискутабельный характер. Предпринимаются попытки внести в новую классификацию психических расстройств DSM-IV с целью уточнения таких признаков, как “избегание”, “повышенная возбудимость и психологическая чувствительность”, “переживание”, расширение понятия “стрессора”, конкретизация психогенных реакций субъекта и др. (Rabin

C., Nardi C., 1991; Arnold A.L., 1993; Hume F., Summerfield D., 1994; Foa E.B., Meadows E.A., 1997).

В ряде научных публикаций (Leopold R., Dillon H., 1963; Madacasira S., O'Brien K.F., 1987; Gersons B.P., Carlier I.V., 1992; Koller P. et al., 1992; Forbes D. et al., 1994; Johnson D.R. et al., 1996) посттравматические стрессовые расстройства предлагается относить к группе неврозов. Такой тяжелый стресс, как участие в боевых действиях, является катализатором, причем в некоторых зарубежных работах (Escobar J.I., 1987) отрицается их значение как специфического этиологического фактора. Однако, посттравматические стрессовые расстройства в континууме от психического здоровья до тяжелых психических расстройств располагают между неврозами и психозами, признавая его более тяжелым расстройством, чем неврозы (МКБ-10, 1994). Сомнения, касающиеся единого подхода в понимании посттравматических стрессовых расстройств, приводят к диагностике многочисленных "смежных" состояний, вызванных тяжёлым стрессом. Так, C.G. Watson et al. (1989) описывают "детское поведение" у ветеранов, Н.С. Jackson (1982) называет задержку развития последствием боевого стресса.

Значительные трудности возникают при верификации диагноза посттравматического стрессового расстройства: одной из проблем в этом ряду является зависимость от форм поведения, свойственных асоциальным личностям (Bailey J.F., 1985; Fajri A., 1986; Newman J., 1987; Garland F.N., Robichand M.R., 1987; Goderes B.I., 1987). Б.Д. Карвасарский с соавт. (1990), Lefebvre P. et al. (1986), J.R. Rundell et al. (1989), D.J. Erickson et al. (2001) сообщают о сопутствующих диагнозах посттравматическим стрессовым расстройствам (с алкоголизмом — 41-80%, наркоманией — 16-50%, антисоциальным поведением — 3-40%, депрессией — 8-72%). Л.К. Хохлов (1998); В.А. Копытин (2000); M.J. Friedman (1981), T. Williams (1987), K. Vaughan, N. Tarrier (1992), M.A. Hertzberg et al. (1996), C.M. Chemtob et al. (1997) в своих работах обсу-

ждают проблему коморбидных с посттравматическими стрессовыми расстройствами психопатологических состояний (панические расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, тревожно-фобические расстройства, синдром нарушенных влечений – наркотизация, алкоголизация и др.). В.К. Смирнов (1992), В.П. Белов, А.М. Хачатурян (1999) считают, что хронизация постстрессовых нарушений характеризуется выраженным эмоциональным напряжением и может стать основой для формирования алкогольной и наркотической зависимости либо трансформироваться в невротические и психосоматические симптомы. Ю.А. Александровский (1993), S. Brockway (1988), P.B. Sutker et al. (1995) предлагают для обозначения этих состояний термины “маскированное ПТСР” или “скрытое ПТСР”. Зарубежными авторами (Shatan C.F., 1972; Richmond J.S., Beck J.C., 1986; Watson C.G. et al., 1988; Chung M.C., 1995) описываются тяжелые психические расстройства у юных участников боевых сражений, которые, подвергаясь воздействию массивной психотравмы и будучи свидетелями ужасных смертей и уродующих ранений у многих своих товарищей, сами часто совершали зверства, становясь ответственными за многие мучительные смерти вследствие пыток. Сцены смерти и сражений овладевают ими в форме “ярких вспышек” (flashbacks), в эти периоды они полностью теряют контроль над собой, проявляя насилие и совершая разрушительные действия. D. Somasundaram (1994) называет это “злокачественным посттравматическим стрессовым расстройством”. Такое состояние обычно очень трудно поддается лечению.

А.В. Умрихиным и А.В. Коноваловым (1998) описаны транзиторные психические расстройства у ветеранов военного конфликта в Чечне, страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами. В своих исследованиях они пришли к выводу, что подобные реакции возникают у лиц с высоким уровнем тревоги. Несмотря на отдаленность во времени, эти расстройства столь же интенсивны, как если бы они воз-

ники в момент непосредственного воздействия стресс-фактора или даже сильнее. Реакции сопровождаются бурными оборонительными действиями и могут привести к ситуации, опасной для жизни больных и окружающих их лиц.

К.Е. Крылов, В.К. Шамрей, В.М. Лыткин (2000) свои исследования посвятили изучению зависимости клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств от преморбидно-личностных особенностей комбатантов (участников боевых действий на Северном Кавказе). Распределение их по типам акцентуаций выявило преобладание астенического (28,3%), неустойчивого (19,7%), гипертимного (18,24%), истероидного (13,4%), эпилептоидного (11%) и шизоидного (9,4%) типов. Результаты данного исследования показали, что клинические проявления посттравматических стрессовых расстройств имеют существенную вариабельность в зависимости от преморбидно-личностных особенностей, что, несомненно, учитывалось при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Личностные черты, приобретенные на войне, П.И. Сидоров с соавт. (1999) называют “комбатантной акцентуацией”, прослеживая трехэтапность их динамики. Первые месяцы пребывания в Афганистане они называют периодом начальной адаптации (формирования интенсивных личностных изменений), затем следовал второй период психической мобилизации и адаптации (стабилизация этих личностных изменений), третий период – “демобилизации”. На этом заканчивался первый этап, когда окончательно оформлялись основные черты комбатантной акцентуации. Вторым этапом – этапом манифестации – соответствовал периоду возвращения на Родину. На третьем этапе происходило постепенное сглаживание “комбатантных” черт личности по мере реадaptации к условиям мирной жизни. К основным характеристикам комбатантной акцентуации они относили эмоциональную неустойчивость, вспыльчивость с приступами агрессии и гнева, ранимость, тревож-

ность, недоверчивость к внешнему миру, максимализм в суждениях и поступках, склонность к протестным реакциям, к группированию с “афганцами”. Нередко эти черты характера приобретали ярко выраженные патологические качества вплоть до агрессии с разрушительными действиями, что приводило к антисоциальным действиям, криминальным эпизодам. Такого рода заострения характерных черт названы П.Б. Ганушкиным (1964), О.В. Кербиковым (1962, 1971) “уродством характера”, а нашими коллегами – “комбатантной психопатизацией”. В формировании специфических посттравматических личностных изменений у комбатантов значительная роль отводится длительному воздействию психотравмирующих, психосоциальных, физиогенных факторов военного и мирного времени. Эти изменения предлагается рассматривать в другой рубрике МКБ-10, обозначенной как “хронические изменения личности после переживания катастрофы” (F62.). П.И. Сидоров с соавт. (1999) считают, что в условиях длительной обстановки сначала формируются личностные изменения и только намного позже (уже в период адаптации к условиям мирной жизни), под влиянием дополнительных патогенных (психогений, соматогений, психосоциальных проблем) факторов, манифестируют проявления посттравматических стрессовых расстройств, и не рассматриваются как исход хронического посттравматического стрессового расстройства (когда личностные изменения формируются не ранее, чем через 2 года после перенесенной психотравмы (МКБ-10).

Отечественными учеными продолжается изучение клинической динамики посттравматических стрессовых расстройств. Так, Б.С. Положий, И.В. Гурин (1994) на основании убедительных результатов исследований выделили три стадии их течения: неспецифических психогенных реакций; невротических расстройств; патохарактерологических изменений. По их мнению, данный клинико-динамический подход способствует дифференцированной терапии посттравматических стрессо-

вых расстройств, повышает её эффективность и препятствует хронизации данной патологии. Л.М. Барденштейн, В.А. Копытин (2000) различают следующие варианты посттравматических стрессовых расстройств в зависимости от доминирующей симптоматики: тревожный (42%), астеноподобный (27%) и дисфорический (31%). Выделенные варианты имеют непосредственную практическую значимость для выбора психотропных препаратов с учетом их направленности на симптомы-мишени. Авторы показали целесообразность применения тегретола в качестве монотерапии.

Исследуя клинико-патогенетические особенности боевой психической травмы, Е.В. Сидоров (1997) изучил несколько типов реактивных состояний. Им определены острые аффективные реакции предпатологического уровня (15,7%): экстрапунитивные, демонстративные, импунитивные, интрапунитивные; преневротические реакции (7,6%). К реакциям патологического уровня он отнес невротические (астенодепрессивные, тревожно-обсессивные, истероневротические, конверсионные) – 44,2%; патохарактерологические (неустойчивого, истероидного и аффективно-эксплозивного типа) – 26,9%; острые транзиторные реактивные психозы (с ганзеровским синдромом, с параноидными включениями, с диссоциативным возбуждением в виде аффектогенного ступора) – 5,6%. Среди комбатантов, перенесших реактивные состояния и прослуживших в боевом районе до 6 месяцев, посттравматические стрессовые расстройства выявлены спустя 3-5 лет в 36,1% случаев, среди прослуживших 7-12 месяцев — в 61,1%, 13-18 месяцев — в 88,3%. Разработанная автором систематика состояний боевого стресса позволяет интегрировать профилактические задачи по предупреждению хронических посттравматических стрессовых расстройств, поскольку реабилитационные мероприятия предлагается начинать еще в условиях театра военных действий. Проводя исследования психопатологических нарушений у страдающих посттравматическими стрессо-

выми расстройствами ветеранов Афганистана, А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацкий, Е.Г. Гордеева (2000) выделили следующие клинические синдромы: истероипохондрический (32%), астеноипохондрический (35%), обсессивно-фобический (33%), астенодепрессивный (26%), астеноневротический (38%).

В исследованиях клинической динамики ПТСР у комбатантов Е.О. Александровым и Г.Т. Красильниковым (2000) психопатологические расстройства были прослежены на материале двух групп комбатантов: одна состояла из “афганцев”, другая — из участников “чеченских” событий. Клиническая картина посттравматических стрессовых расстройств данных групп оказалась практически схожей, основное различие состояло во времени, прошедшем с момента выхода из зоны боевых действий. В динамике клинических проявлений ими показаны 3 этапа: доклинический постреактивный (3-20 суток); этап навязчивых репереживаний и эхомнезий (от 6 месяцев до 3 лет); этап личностных нарушений с выделением вариантов: неустойчивого (42,30%), дистимического (36,54%), соматоформного (7,69%), тревожно-фобического (13,47%). Деление на вышеуказанные этапы, как считают авторы, позволяет прогнозировать будущую картину здоровья у комбатантов и способствует созданию эффективных долгосрочных программ реабилитации.

Выделение посттравматических стрессовых расстройств в качестве самостоятельной нозологической формы явилось результатом длительного изучения психической травмы на здоровье человека. Однако высказываются сомнения относительно принципиальной возможности клинической диагностики этих состояний (Escobar J.I., Gersons V.P., 1992; Piekarski L.M. et al., 1993; Chamey D.S., 1995). По их мнению, переживания людей, подвергшихся воздействию массивной психотравмы, являются “нормальной реакцией здоровых людей”. Продолжается критический анализ и проверка описательной, прогностической и

конструктивной достоверности категориальных групп (De Boer M. et al., 1992; Foa E.B., 1997; Coupland N.J. et al., 1997). Неоднозначными представляются соотношения между дистрессом и психической патологией (Hiberman E., 1976; Brown G.W., 1985; Green B.L. et al., 1985), крайне противоречивой остаётся этиологическая оценка “экстремальных факторов” (Madakasira S., O'Brien K.F., 1987).

1.3. Оценка патогенетических факторов и условий формирования посттравматических стрессовых расстройств

Медицина и психология давно интересуются феноменом, который получил название “стресс”. Однако многочисленные описания стресса, существующие в настоящее время, являются недоработанными и неполными, и данный предмет следует считать правомерным поводом для дискуссий.

Особое внимание к стрессу проявилось после работ Hans Selye (1936). Он писал: “Стресс является неспецифическим (физиологическим) ответом организма на любое требование, которое к нему предъявляется”. Его больше всего интересовал физиологический механизм стресса. В своей концепции Selye отразил три основных положения. Во-первых, он считал, что физиологическая реакция на стресс не зависит от природы стрессора и неспецифическая защитная реакция в основном одинакова для любого индивидуума. Во-вторых, он считал, что эта защитная реакция при продолжающемся или повторяющемся действии стрессора проходит через три стадии, представляющих понятие “общий адаптационный синдром”. На первой стадии – реакции тревоги – мобилизуются защитные силы организма, уровень его резистентности снижается и, если стрессор достаточно силен, может наступить смерть. Основные признаки первой стадии – инкреция в кровь стероидных гормонов корковым слоем надпочечников. На второй стадии –

стадии резистентности – организм начинает адаптироваться к продолжающемуся воздействию стрессора. Признаки, характерные для первой стадии, исчезают. После длительного воздействия чрезвычайного стрессора могут исчерпаться компенсаторные возможности, и организм переходит в третью стадию – истощение. Вновь появляются признаки, характерные для реакции тревоги, и человек может погибнуть. Третье положение концепции Selye заключается в том, что защитная реакция, если она будет сильной и продолжительной, может перейти в болезнь адаптации.

Концентрируя свое внимание на физиологической ответной реакции организма на стрессор, он игнорировал роль психологических процессов. Однако эту точку зрения не разделяли многие исследователи (Jaspers K., 1913; Poiso Y., Mouzen M.C., 1976), которые определяли стресс как феномен осознания, возникающий при сравнении между требованием, предъявляемым к личности, и ее способностью справиться с этим требованием. Преодоление стресса включает психологические (когнитивные и поведенческие стратегии) и физиологические механизмы. Если попытки справиться с ситуацией оказывались неэффективными, а стресс продолжался, то могли проявиться патологические ответные реакции, вызывающие функциональные и органические повреждения (Caplan R.D., 1971; Ferguson D.A., 1973).

Воинская служба предъявляет повышенные требования к состоянию здоровья военнослужащих. Трудности адаптации комбатантов к новому стереотипу жизни в условиях локальных войн последних десятилетий, в основе которого лежат значительные физические и психоэмоциональные нагрузки, усложняются также климатическими и географическими особенностями районов службы (Власенко В.И., 1997; Каркищенко П.П. с соавт., 1997, 2001). При действии чрезвычайных раздражителей, связанных как с работой в экстремальных условиях техногенных или природных катастроф, так и с ведением боевых дей-

ствий, в организме развивается также сложная цепь адаптационных реакций, как специфических, так и неспецифических, описанных Г. Селье в “общем адаптационном синдроме”. И.А. Залкинд (1944), Н.Н. Каркищенко (2001) еще раз подчеркивает ведущую роль центральной нервной системы в развитии психоэмоционального напряжения у человека в инициации “реакции — стресс”, что недооценивалось Г. Селье. Механизмы психической адаптации к изменениям социальной и экологической среды являются наиболее совершенными, но в тоже время и наиболее ранимыми в условиях острого и, особенно, хронического стресса (в том числе в условиях пребывания в Афганистане и в регионах других локальных вооруженных конфликтов), срыв которых нередко приводит к “стрессу ожидания”. “Стресс ожидания” - это комплекс стрессорной тревоги, блок реакций человека на воздействия, которые он не в состоянии не предсказать, не предотвратить. Ю.Н. Шанин (1997), К.П. Кискер с соавт. (1999), Н.Н. Каркищенко (2001) считают, что они имеют тенденцию к нарастанию от боя к бою, приобретая полную картину психоэмоционального напряжения, ведущего к пограничным и психосоматическим расстройствам, усилению тревожности и депрессии. А.В. Погосов, А.В. Умрихин (1998) изучали влияние на клинику ПТСР психогенных ситуаций двух типов: ситуаций, содержащих угрозу жизни и вызывающих чувство страха; ситуаций, не содержащих непосредственной угрозы жизни, но сопровождающихся длительным напряженным тревожным ожиданием появления угрозы на опыте лиц, принимавших участие в боевых действиях в Чечне в различные периоды. Результаты данных исследований показали, что ситуация длительно-тревожного ожидания является более патогенной, чем ситуация непосредственного переживания угрозы жизни, вызывая более мягкие клинические проявления посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов. Н.Н. Пуховских (2000) пишет о “феномене настороженности” у военнослужащих в условиях постоянно повышенной боевой

готовности. Он проявляется постоянной готовностью к отражению угрозы нападения, повышенным уровнем бодрствования и концентрации внимания на малейших градиентах физических параметров окружающей среды, выраженной гиперестезией. Автор подчёркивает, что все военнослужащие отмечали “крайнюю утомительность”, состояние постоянной настороженности, рассматриваемые в рамках “динамической субдепрессии с астенической маской”.

Оценивая патогенное влияние боевого стресса, следует отметить высокий темп изменения качественных составляющих психогенных нагрузок за относительно небольшой промежуток времени. К ним условно относятся призыв на военную службу, участие в боевых действиях, резкий переход к мирным условиям.

Большинство обследованных на период начала военной службы относились к молодому поколению (18-20 лет) с еще незаконченным процессом формирования личности, что характеризовало их низким уровнем нервно-психической устойчивости, весьма чувствительными к внешним воздействиям, как позитивным, так и негативным (Маклаков А.Г., 1998; Тарас А.Е., Сельченко К.В., 1999; Коваленко И.Ю., 1998; Джишкарини М.А., 2000; Ross R.J. et al., 1994). Едва достигнув определенной устойчивой адаптации к одним условиям (привыкание к несению воинской службы, отрыву от семьи и т.п.), личность вновь дестабилизировалась новыми стрессорами (реальность витальной угрозы, зрелище убитых сослуживцев, стрельба по врагу и т.п.), что каждый раз было связано с перенапряжением (вплоть до истощения) адаптационных механизмов на биологическом, психологическом и социальном уровнях. К.Д. Сманов, А.М. Тураходжаев (1990), В.Г. Иутин (1994), П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев (1999) отмечали, что контрастность качественных изменений стрессоров усиливала свойственное им разрушительное влияние. Соматогенные факторы (ранения, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания) имели также самостоятельное

специфическое значение в качестве стрессоров (страх смерти или инвалидизация), оказывая неспецифическое воздействие, ослабляли организм и приводили к снижению стресс-толерантности (Корнилов А.А., 1981; Белов В.П., Хачатурян А.М., 1999). Личностные изменения, носящие адаптивный, приспособительный характер в период войны, при адаптации к мирной жизни оказывались прямо противоположными боевым. Приобретенные навыки, привычки, которые совсем недавно помогали выживать (“лучше лишний раз убить, чем погибнуть”, ношение оружия, постоянная настороженность и др.), в условиях адаптации к мирному времени приобретали негативный характер, а расставание с ними подсознательно снижало степень личной защищенности от внешней угрозы, истощало физиологические и психические ресурсы, усиливало психическое напряжение (Снедков Е.В., 1992; Литвинцев С.В., 1994). П.И. Сидоров с соавт. (1999), проводя клинико-биографический анализ, выявили так называемую “комбатантную анозогнозию”. Предъявление жалоб на состояние здоровья в боевых условиях не поощрялось в среде комбатантов и влекло за собой обвинение в трусости. Такое отношение к болезни жестко закреплялось и, как показали результаты их исследования, в отдаленном периоде постстрессовых нарушений приводило к хроническим и запущенным болезненным проявлениям различной патологии. Немаловажную роль в развитии у ветеранов военных конфликтов психических расстройств играли отношения между ними, с одной стороны, и государством и обществом, с другой. Так, в немногочисленных кросскультуральных исследованиях посттравматических стрессовых расстройств, посвященных сравнительному изучению выраженности некоторых психопатологических симптомов у ветеранов Вьетнама и Афганистана, отмечался меньший уровень депрессии и расстройств сна (Rothbaum B.O., Hodges L.F., Ready D. et al., 2001). Возможно, потому что в России “афганцы” с самого начала войны рассматривались как “исполнявшие интернациональный долг” и ис-

пытавали на себе “ореол героев” в начальный период реадaptации. Вьетнамских же ветеранов на родине ждали осуждение со стороны своих сограждан за участие в “грязной” войне (“убийцы детей”, “наемники”, “побежденные” и т.п.). А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов (1998) указывают на проблемы адаптации к мирной жизни в условиях социально-экономического кризиса в России ветеранов чеченских событий, социально-правовой статус которых до сих пор не определен. В настоящее время по-прежнему отсутствует официальное мнение о причинах ведения боевых действий на территории Северного Кавказа, не определена политика государства по отношению к лицам, вовлеченным в этот военный конфликт. Проведенный ими анализ результатов экспериментальных исследований психологических расстройств ветеранов войны в Афганистане и чеченских событий 1994-1996 г.г. позволяет утверждать, что последние будут для ее участников и общества в целом более негативны и значимы. В своей статье они приводят данные, что среди “афганских” ветеранов ПТСР диагностированы у 10-15%, а частичные симптомы выявлены еще у 20-30%. Вполне обоснованно они полагают, что у ветеранов чеченских событий эти показатели будут выше в 1,5-2 раза.

Стрессорное воздействие в боевой обстановке отличается полифакторностью (Смирнов В.К. с соавт., 1992; Рустанович А.В., 1997). Возможность возникновения и характер психогенных расстройств, выраженность, динамика, их частота зависят от интенсивности и продолжительности стресс-фактора в дополнение к остроте самой психической травмы, от генетической предрасположенности субъекта, наличия измененного преморбидного фона (включая резидуально-органическую и церебрально-эндокринную недостаточность), предтравматического опыта, социального статуса, возможности социальной поддержки, личностно-типологических качеств комбатанта (Райгородский Д.Я., 1997; Friedman M.J., 1998; Davidson A.C., Mellor D.J., 2001). Боевой стресс

является дестабилизирующим, предпатологическим состоянием, ограничивающим функциональный резерв организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и выраженных соматовегетативных нарушений. Е.В. Снедков с соавт. (1992), Е.О. Лабезная, М.Е. Зеленова (1999), Н.В. Тарабрина, Е.О. Лабезная (1999), Т.W. Freeman, V. Rosa (2001) указывали на модифицирующее влияние совокупности экологических и психосоциальных факторов (включая интенсивность и продолжительность боевых действий, травмы и ранения, переносимые болезни, оперативную обстановку, смысл войны, отношение местного населения и др.) на состояние личностного адаптационного потенциала, на темп истощения компенсаторных ресурсов организма. На угрозу срыва компенсации указывают нарастание личностной уязвимости, тревожности, снижения критики, усиление эмоционального напряжения. Ю.Я. Тупицын (1992), Д.С. Саркисов (1994) отмечают, что в условиях продолжающегося воздействия стрессора происходят изменения структур центральной нервной системы, ответственных за адаптацию, с последующим запуском метаболических тканевых повреждений. Оба взаимосвязанных звена патогенеза – адаптации и повреждения – вносят определенный вклад в специфические клинические проявления посттравматических стрессовых расстройств. О “приобретенном предрасположении, сенсibiliзирующим психику воинов”, которым является боевая психическая травма, говорили ученые начала XX века — Н.А. Вырубов (1915), С.Н. Давиденков (1915), В.К. Хорошко (1916), В.П. Осипов (1934) и другие известные исследователи-психиатры.

Я.П. Фрумкин, С.М. Лившиц (1979), С.L. Port, В. Engdahl, Р. Frazier (2001) указывали на роль следового влияния раздражителей в развитии психопатологии спустя некоторый период после действия психической травм, что, несомненно, объясняет природу так называемых “отсроченных” посттравматических стрессовых расстройств (“отставленного реагирования на психотравму”), возникновение психопатического

поведения (“латентная психопатия”) у комбатантов. В формировании психических расстройств принимают участие не только такие факторы, как личностные особенности, влияние внешнего фактора и среды, но и фактор следов психогенного и соматогенного прошлого. В зависимости от степени выраженности и характера следовые влияния могут как усилить, так и ослабить нозологическую специфичность психопатологии, указывает А.В. Снежневский (1983), а также обусловить ее разнообразие при одной и той же нозологической форме, обусловить атипичность клинической картины заболевания, что нередко затрудняет своевременную диагностику этих заболеваний, в том числе посттравматических стрессовых расстройств. Даже элементарный след сенсорного восприятия прошлого (запах, вкус) может участвовать в патогенезе заболевания (так, например, считавший себя абсолютно здоровым один из ветеранов “афганских” событий по прошествии длительного времени после окончания войны отреагировал на вид забитой свиньи, запах свежей крови истерикоформным припадком с криками, плачем, судорогами, который продолжался в течение 30-40 минут). При генетически или органически обусловленных аффективно-волевым аномалиям, чрезмерной застойности или подвижности нервных процессов с явлениями психического инфантилизма, неблагоприятный следовой аффект может привести к акцентуации психологических личностных качеств и формированию психопатий (Ганнушкин П.Б., 1927; 1998; Кербиков О.В., Гиндикин В.Я., 1962).

Следовое влияние на поведение психопатической личности заключается в односторонней оценке ситуации, отражает роль личности в формировании однотипных синдромальных особенностей при повторных психогенных реакциях. Таким образом, наличие в анамнезе психологических травм (физическое насилие в детстве, несчастные случаи в прошлом и др.) усиливает риск вероятности развития посттравматических стрессовых расстройств после очередной психоген-

нии. Клиническая же симптоматика в этих случаях содержит черты патологического заострения характера, декомпенсации преморбидных личностных особенностей (“след психогенного прошлого”). С.М. Лившиц, Е.И. Теплицкая (1970) отмечают, что в результате следового влияния повторные аффективные реакции могут возникать чаще, протекать однотипно даже при самых разнообразных поводах, что нарушает приспособляемость психопатических личностей, способствуют развитию неустойчивости к воздействию различных неблагоприятных факторов, большей ранимости, неуравновешенности, готовности к срыву в любой ситуации.

Среди психологических моделей патогенеза посттравматических стрессовых расстройств наибольший интерес представляют взгляды М. Horowitz, который разделял точку зрения S. Freud, опираясь на его идеи. Схема патогенеза посттравматического стрессового расстройства у М. Horowitz (1980) представлена следующим образом: травматический стресс – отрицание – повторное переживание – усвоение. Он установил, что симптоматически “отрицание” проявляется психогенной амнезией, стремлением избегать связанных с травмой стимулов, притуплением общей реактивности, затруднением концентрации. “Повторное переживание” симптоматики характеризуется повторяющимися навязчивыми воспоминаниями с тягостными сновидениями о событии, включая ночные кошмары, диссоциативные эпизоды *flash-backs*. З. Фрейд трактовал природу кошмарных сновидений как отображение во сне первичной локализации “травматических образов”, их повторение – инфантильной формой защиты.

Наиболее перспективными моделями патогенеза являются те, которые учитывают как психологические, так и биологические аспекты формирования посттравматических стрессовых расстройств. В. Green, J. Lindy (1990) утверждают, что в результате чрезвычайного по интенсивности и продолжительности психоземotionalного воздействия

происходят морфофункциональные изменения в головном мозге. Д.С. Саркисов (1994) считает, что появление и выраженность клинических проявлений болезни определяются не повреждением вообще, а соотношением числа измененных и мало или совсем не измененных нейронов и межнейронных связей, создавая тем самым “переформированный путь” (“реакцию измененной почвы”), (Saxon A.J., Davis T.M., Sloan K.L. et al., 2001) для манифестации нозологического заболевания. Многими авторами обсуждался патогенетический механизм развития посттравматических стрессовых расстройств, обусловленный нарушением функции нейроэндокринной регуляции. I.W. Mason (1968, 1975) сделал ряд выводов о характере гормональных реакций при стрессе: мобилизации уровня катаболических гормонов, обеспечивающих освобождение значительного количества энергии при реакции избегания и угнетение экскреции анаболических гормонов. По мнению R.K. Pitman et al. (1989), R.J. Ross et al. (1994), одним из биохимических факторов развития посттравматических стрессовых расстройств является хроническое истощение эндогенной опиоидной системы, в частности, снижение уровня β -эндорфина в плазме крови у лиц с данной патологией. Кроме того, выявлены изменения симпатoadреналовой системы в виде избыточной адренергической активности, повышение уровня дофамина, содержания катехоламинов в плазме, снижение плотности α -2 и β -адренорецепторов тромбоцитов.

Таким образом, к настоящему периоду о формировании психопатологических проявлений посттравматического стрессового расстройства, их патогенетическом единстве сложились отчетливые представления. Между тем такого рода исследования чрезвычайно важны, поскольку они позволяют разработать единую патогенетически обоснованную тактику их терапии и превенции.

1.4. Лечебно-реабилитационные принципы и методы коррекции посттравматических стрессовых расстройств

Проблема посттравматических стрессовых расстройств как особого вида психических нарушений вследствие воздействия тяжелых стресс-факторов до настоящего времени остается одной из наиболее трудных в психиатрии, в отношении как ранней диагностики, клинической дифференциации, так лечения и превенции (Андрюшенко А.В., 1999; Павлова М.С., 1999; Михайлов Б.В. с соавт. (1999, 2001); Семке В.Я., 1999, 2000, 2001; Копытин В.А., 2000; Барденштейн Л.М., 2000; Hutzell R.R. et al., 1997; Kennedy P., Duff J., 2001). Предпосылки нервно-психических расстройств формируются уже во время подготовки к ведению боевых операций, что нередко вызывает перенапряжение механизмов нервно-эмоциональной регуляции, приводящее к срыву адаптации (Малкин П.Ф., 1947; Петровский В.Н. с соавт., 1998; Каркищенко Н.Н., 2001).

Оказание практической помощи ветеранам, страдающим психическими нарушениями, представляет значительные трудности для специалистов во всем мире, так как приходится учитывать комплексный характер психиатрических, наркологических, психологических, социальных и соматических проблем (Туроходжаев А.М., 1992; Александровский Ю.А., 1996, 2000; Спектор С.И., 1998; Спектор С.И., Мякотных В.С., 1998; Семке В.Я., 1999, 2000; Сидоров П.И. с соавт., 1999; Табачников С.И., 1999; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000; Somasudarsm D., 1999). Используются многочисленные психотерапевтические техники, применяются различные психофармакологические препараты, что свидетельствует об отсутствии какого-либо одного специфического средства или лучшей психотерапевтической техники для оказания помощи комбатантам и ветеранам (Рудестам К., 1998; Хэзлем М.Т., 1998).

Для осуществления процесса начальной адаптации к мирным условиям после относительно длительного пребывания на войне комба-

танты нуждаются в определенном промежутке времени. Тенденция к сужению круга общения на данном этапе, как свидетельствует зарубежный опыт, является необходимой мерой, “защитной реакцией”. Так, после второй мировой войны министерство обороны США резервировало целые отели, где в течение определенного времени ветеран жил со своей семьей в окружении других ветеранов с их семьями (Burges A.W. et al., 1974). Такой же опыт был использован и для ветеранов войны в Персидском заливе. Это помогало самим ветеранам, объединенным боевым опытом, легче адаптироваться к мирной жизни, и их женам, которые видели общность многих проблем воевавших, относились к ним с большим пониманием. Ветераны Афганистана и Вьетнама были лишены аналогичной поддержки. Именно в этот период среди основной массы ветеранов возросло употребление алкоголя, чаще обычного и в больших дозах, как правило, с атактической целью.

Реабилитационная тактика намечается в зависимости от доминирующей симптоматики. Многими исследователями признается “ступенчатое” ее нарастание (Положий Б.С., Гурин И.В., 1994; Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф., 1999; Семке В.Я., 1999, 2001; Копытин В.А., 2000): невротические расстройства; патохарактерологические изменения личности и непсихотические экзогенно-органические расстройства (включая последствия ЧМТ, алкоголизм, наркоманию), а также течение: острое, подострое, затяжное, хроническое.

При лечении симптоматики посттравматических стрессовых расстройств невротического круга, наряду с различными психотерапевтическими техниками, широко используется фармакотерапия. Для купирования тревоги, напряженности, страха, расстройств сна применяются анксиолитические средства как с седативным, так и с активирующим компонентами (Александровский Ю.А., 2000; Каркищенко Н.Н., 2001; Семке В.Я., 2001). Современные психотропные средства нормализуют биологическую основу адаптивного реагирования, прежде всего, эмо-

ционально-аффективную (Пушкарев А.Л. с соавт., 2000; Гиндикин В.Я., 2000; Волошин В.М., 2000, 2001; McDougle C.J. et al., 1991; Nagy L.M. et al., 1993; Gillham A.B., Robbins I., 1993; Forster P.L. et al., 1995). Бензодиазепины, действуя на лимбическую систему, в терапевтических дозировках не влияют на кортикальные функции. В тех случаях, когда преобладают психовегетативные расстройства, целесообразно использовать β -адреноблокаторы и α -блокаторы (Сыропятов О.Г., 1999; Kimmel L.H., 1991). Лекарственная терапия при посттравматических стрессовых расстройствах всегда должна сочетаться с психотерапией. Комплексные методы лечения благотворно влияют на нарушенную систему адаптации и на все составляющие невротического спектра (Семке В.Я., 1988, 1990, 1999; Вовин Р.Я., Кюне Г.Е., 1989; Бабушкина Л.В., 1993; Гиндикин В.Я., 2000; Vaccaro J.V. et al., 1992; Wernie U., 1993). Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств включает в себя индивидуальную, групповую и семейную (Пезешкиан Н., 1993; Авдеенок Л.Н., 1999; Сыропятов О.Г., 1999). Проблемам аномальных внутрисемейных отношений, своевременной помощи в их коррекции отводится важная роль. Амбивалентность комбатанта, перенесшего боевой стресс, становится источником постоянного межличностного конфликта и отчуждения от семьи. Необходимо воссоздание нового позитивного “жизненного сценария” с учетом позитивной оценки боевого опыта (Краснянский А.Н., 1993; Рудестам К., 1998; Сыропятов О.Г., 1999).

Основу базисной терапии в группе психопатологических личностных девиаций составляет психотерапевтический комплекс с использованием на первом этапе техники релаксации и психосаморегуляции, а затем осуществляется переход к личностно-реконструктивной психотерапии (Александровский Ю.А., 1993, 2000; Семке В.Я., 1999, 2001; Марков В.В., 2000). Так, поведенческая психотерапия помогает формированию и укреплению способности к адекватным действиям, приобре-

тению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль (Лэндис Р., 1996; Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г., 1999). Б.Д. Карвасарский (1980, 1990) отмечают адекватность психотерапии посредством группы, где моделируются реальные взаимоотношения в микросоциуме, используя принцип “здесь и сейчас”. К. Рудестам (1998), О.Г. Сыропятов (1999) указывают на то, что групповая психотерапия помогает комбатантам преодолеть дезадаптированность и обособленность их от внешнего мира. Ф. Шапиро (1989, 1998) предлагает при хроническом варианте посттравматических стрессовых расстройств устранять психическую травму – “событие”, используя методику десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ). По его данным, с помощью этой методики можно уменьшить напряженность, освободиться от тягостных навязчивых мыслей, воспоминаний и кошмарных сновидений.

И.И. Брызгунов (1999) применяет методику “флудинг”, основанную на обучении больного напрямую противостоять пугающим ситуациям без постепенной адаптации. Человек приобретает чувство контроля над страхом, уменьшаются тревога, депрессивные проявления, освобождается от навязчивых симптомов. Системная десенсибилизация сочетается с глубокой мышечной релаксацией. При лечении резидуально-органической недостаточности различной этиологии комбатантам показаны общеукрепляющие, дегидратационно-рассасывающие, вегетотропные средства, имеющие значение патогенетического лечения, в сочетании с психотропными препаратами и психотерапевтическим комплексом.

Способность пациента к эмоциональному самоконтролю, наличие высокой самооценки, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свой жизненный опыт, наличие социальной поддержки значительно облегчают профилактику посттравматических стрессовых расстройств. Как свидетельствует практика, все участники военных конфликтов нуждаются в активной психотерапевтической по-

мощи, даже если они не предъявляют жалоб на свое состояние. Для развития превентивного направления важна проблема комплайенса по отношению к лицам из числа комбатантов.

В целом, как явствует из вышесказанного, проблема оказания помощи ветеранам далека от разрешения, несмотря на обилие психотерапевтических и социальных методов вмешательства и интенсивный характер поддержки со стороны государства.

В заключение литературного обзора заметим, что до настоящего времени существует ряд противоречивых и дискуссионных моментов по проблеме посттравматических стрессовых расстройств; прежде всего высказываются сомнения относительно их нозологической самостоятельности; до сих пор остается малоизученной коморбидная с посттравматическими стрессовыми расстройствами патология; отсутствует представление о патогенетическом единстве психических нарушений данных расстройств. Это затрудняет разработку методов их эффективного лечения и превенции. Помимо этого отсутствуют чётко разработанные дифференциально-диагностические и прогностические подходы, направленные на обоснование новейших технологий психиатрического сервиса ранней диагностики и единой патогенетической тактики ведения такого рода пациентов.

Г л а в а 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с поставленными задачами реализация программы исследования проводилась по следующим этапам:

- отбор больных с посттравматическими стрессовыми состояниями;
- изучение клинической структуры и динамики посттравматических стрессовых расстройств;
- формализация клинических данных обследованных пациентов;
- статистическая обработка клинических данных в зависимости от поставленных задач;
- разработка дифференцированных психопрофилактических и реабилитационных программ.

2.1. Методы исследования

В качестве основных методов исследования использовались:

- клинико-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и состояний комбатантов в различные периоды течения заболевания);
- клинико-динамический (изучение особенностей этиологии, патогенеза, оценка динамики клинических и социальных характеристик заболевания);
- клинико-катамнестический (ретардированная оценка динамики клинических и социальных характеристик заболевания);
- экспериментально-психологический (оценка количественного и качественного определения структурных личностных характеристик);
- иммунологический (оценка иммунитета в зависимости от экологических, психогенных факторов);
- статистический (обработка материала с помощью ПЭВМ).

В качестве дополнительных методов применялись соматоневрологический, офтальмологический, электрофизиологический (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, ЭКГ) и другие способы исследования, необходимые для объективной оценки состояния комбатантов в разные периоды заболевания и на отдельных этапах терапии и реабилитации.

При проведении клинико-динамической оценки посттравматических стрессовых расстройств использовались общепринятые в отечественной психиатрии понятия невротических реакций, состояний и развитий (невротические и патологические) (Ганнушкин П.Б., 1933; Кербинов О.В., 1962; Королёв В.В., 1963; Гусинская Л.В., 1981; Лакосина Н.Д., 1995). В основу клинико-динамического исследования была положена клинико-патогенетическая группировка пограничных нервно-психических расстройств, разработанная в НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН В.Я. Семке (1987). Клиническая систематика изучаемых психопатологических состояний проводилась в соответствии с МКБ-10 и рассматривалась в рубрике F 43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Основными инструментами исследования являлись:

Модифицированный вариант «Базисной карты стандартизированного описания пробанда и родственника», позволяющий оценить особенности адаптации, клинические и социально-динамические показатели. Методические указания и глоссарий к заполнению базисной карты служили руководством к формализации психопатологических расстройств.

«Шкала эффективности терапии больных пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1979), отражающая степень достигнутого лечебного эффекта по трём параметрам: клинической динамике психопатологических феноменов; уровню социальной адаптации (сложившихся межличностных отношений, степени восстановления трудоспособности); данных нейрофизиологических показателей (экспериментально-

психологических, иммунологических, электрофизиологических). Она содержит следующие уровни выздоровления: «А» - полное выздоровление (с устранением всех психопатологических расстройств, восстановлением прежнего социального и трудового статусов, выравнивания до исходных показателей нейрофизиологических сдвигов); «В» - практическое выздоровление (также предусматривает устранение болезненных проявлений, однако при наличии психогенной сенсibilизации, требующей осуществления эпизодических социально-терапевтических мероприятий - при выравнивании основных нейрофизиологических показателей); «С» - неполное выздоровление (с наличием отдельных клинических свойств и не резко выраженных нейрофизиологических сдвигов, но с возможностью выполнения прежних социальных функций); «Д» - незначительное выздоровление (с элементами послабления клинической симптоматики, некоторым выравниванием нейрофизиологических и психологических параметров, частичное восстановление социально-трудовой адаптации; «0» - отсутствие выздоровления (с возможной тенденцией к нарастанию всех основных показателей).

Оценка качества социально-производственной адаптации проводилась по специально разработанной шкале уровней адаптации В.Н. Судаков (1977): 1 - полная устойчивая адаптация, характеризующаяся сохранностью профессиональных навыков и межличностных отношений в коллективе; 2 - неполная, преимущественно профессиональная адаптация, определялась дезорганизацией механизмов психологического приспособления, но при сохранности трудовых навыков; 3 - неполная, преимущественно психологическая адаптация, определялась в случаях полного или частичного снижения профессиональных навыков, но которые удерживались на производстве за счёт благожелательного отношения коллектива и создания индивидуальных условий труда; 4 - формальная адаптация, при которой отмечается нарушение как профессионального, так и психологического приспособления.

Степень тяжести наблюдаемых психопатологических феноменов оценивалась по модифицированному нами варианту опросника «Шкалы оценки ПТСР», разработанной И.И. Брызгуновым (1997). Он содержит 19 пунктов (см. приложение 3). В качестве дополнительной методики в диагностике посттравматических стрессовых расстройств использовался «Миссисипский опросник боевого ПТСР» (США, 1985), состоящий из 35 пунктов (см. приложение 2). Достоверно посттравматическое стрессовое расстройство имелось у комбатантов, набравших 112 баллов и более.

С целью субъективной оценки общего уровня соматического и психического здоровья комбатантам предлагался графический тест розы «качества жизни» (Гундаров И.А., 1995).

Схема 1

Роза качества жизни



Как известно, качество жизни является категорией, отражающей социальный континуум личность — общество и определяет как персональный, так и общественный уровень психического здоровья, степень адаптации в социальных условиях, позиции психологического комфорта (Куприянова И.Е., 2001).

Наряду с общими закономерностями в течении основного заболевания (см. главы IV, V) прослеживались и общие тенденции в субъективной оценке пациентами удовлетворённостью «качеством жизни». Для 83 комбатантов (53,9%) актуальными являлись материально-бытовые проблемы (определяемые по векторам «материальный недостаток», «жилищные условия», «питание», «работа»). Нарушение семейных взаимоотношений отмечали 64 (41,6%) комбатанта. На момент обследования разведены были 31 (20,1%), не женаты – 17 (11,0%), не удовлетворены семейной ситуацией - 23 комбатанта (14,9%). Проблемы, связанные с состоянием здоровья, были актуальными для 56 обследованных (36,4%); важное место среди прочих проблем занимали поиск «места в жизни» и неудовлетворённость «положением в обществе», на что указали 59 комбатантов (38,3%) наряду с обретением «душевного покоя» - 54 чел. (35,0%).

Экспериментально-психологическое обследование применялось для определения количественных и качественных характеристик личностных особенностей комбатантов; изучение степени изменения межличностных особенностей взаимоотношений; уровня нарушения адаптации; особенностей эмоционального реагирования; анализ состояния кратковременной памяти; уровня и течения когнитивных процессов. С этой целью использовались Миннесотский многопрофильный личностный тест (MMPI), адаптированный Ф.Б. Березиным, М.П. Мирошниковым, Р.В. Рожанец (1976); личностная и реактивная тревожность определялись шкалами Ч.Д.Спилбергера-Ю.Л.Ханина (1976). Акцентуация характера выявлялась по методу Леонгарда-Шмишека с использовани-

ем его рестандартизации и факторного анализа. Оценка по каждой шкале варьировала от 0 до 24 баллов, за среднюю величину принималось 12 баллов. Её превышение расценивалось как начинающаяся акцентуация характера, чем ближе результат приближался к 24 баллам, тем более выраженной считалась акцентуация. Кроме этого, использовались метод проекции «незаконченных предложений»; метод «рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга; метод пиктограмм; проба на запоминание 10 слов; счёт по таблицам Шульте; для определения типов психологических защит использовались опросник «Индекс жизненного стиля», опросник копинг-поведения и симптоматический опросник Александровича. Как правило, применялась комбинация 3-4 методик. Данный раздел работы выполнен при консультативном участии кандидатов психологических наук И.Я. Стояновой и Л.Н. Авдеёнок.

Иммунологический метод использовался для оценки показателей системы иммунитета (обследовано 84 комбатанта). Лабораторные методы исследования включали оценку показателей клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев иммунитета. Анализ иммунологической недостаточности осуществлялся с использованием анкеты долабораторной клинической диагностики ВИН (см. приложение 4). Обследование проводилось в трёх точках: 1-я - при поступлении (до начала лечения), 2-я - через 15 дней (в ходе лечения) и 3-я - через 30 дней (после завершения курса комплексной психофармакотерапии). Данный раздел работы проводился с участием научного сотрудника отдела клинической психонейроиммунологии кандидата медицинских наук Е.М. Волковой.

Все цифровые данные, полученные при клиническом исследовании, подвергались статистической обработке (Лакин Г.Ф., 1990). Производились расчеты средней арифметической, квадратического отклонения, стандартной ошибки средней арифметической для количествен-

ных показателей. Статистическая обработка результатов включала следующие статистические методы.

1. Метод сравнения средних показателей (Т-критерий Стьюдента), с помощью которого анализировалась значимость различий двух групп по среднему значению какого-либо показателя. Для оценки достоверности различий параметров по выборочным данным в отношении количественных показателей принималось во внимание три уровня значимости: 5% (вероятность ошибочной оценки равна $P=0,05$), 1% ($P=0,01$) и 0,1% ($P=0,001$). При этом так называемую нулевую гипотезу не отвергали, если в результате исследования оказывалось, что вероятность ошибочной оценки относительно правильности принятой гипотезы превышает 5%, т. е. $P>0,05$. Если же $P<0,05$, то принятую гипотезу отвергали на взятом уровне. В биологических исследованиях считается достаточным уже 5-процентный уровень значимости.

2. Корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции по К. Спирмену, который показывал направление и степень выраженности взаимосвязи двух признаков. С его помощью определялась сопряженность между качественными признаками. Вычисляется коэффициент корреляции, который выражается в долях единицы. За достоверные принимались корреляционные связи при значениях коэффициента корреляции $r=0,5-1,0$ при достоверности уровня различий $P<0,05$.

3. Взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью метода сравнения долей (Z-преобразование Фишера) и χ^2 -критерия К. Пирсона. Разница между ожидаемой и фактической частотой встречаемости признака исследовалась с помощью метода χ^2 .

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 5.5).

2.2. Характеристика объекта исследования

В соответствии с поставленными задачами объектом исследования явились пациенты с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство», который был установлен по клиническим критериям МКБ - 10. Основными из них являлись следующие критерии:

А) личность пережила событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, повлекшего за собой дистресс;

- пребывание в экстремальных ситуациях может быть как кратковременным, так пролонгированным, и вызывать чувство реальной витальной угрозы, глубокого отчаяния;

Б) травматическое событие повторно переживается личностью одним из следующих способов:

- навязчивые живые воспоминания (flack-backs) перенесенного при напоминании или при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую, находящие отражение и в мучительных сновидениях

В) стремление избегать всё то, что может вызвать в памяти случившееся, вплоть до неспособности к припоминанию важных аспектов травмы;

- снижение интереса к ранее значимым видам деятельности;

- ощущение безысходности, отрешённости, тоски;

- сужение спектра эмоций (например, неспособность испытывать любовь, сострадать и т.п.);

Г) наличие симптомов, указывающих на повышенную возбудимость, отсутствовавших до экспозиции стрессу:

- раздражительность, вспыльчивость, конфликтность;

- повышенная пугливость;

- диссомнические расстройства (трудность засыпания, прерывистый сон с кошмарными сновидениями, отсутствие чувства сна);

- трудность в концентрации внимания;

- сверхбодрствование.

Наличие критериев пункта А и по меньшей мере двух из перечисленных признаков в пунктах Б, В и Г свидетельствует о том, что у пациента сформировалось посттравматическое стрессовое расстройство. Длительность нарушений (симптомов, описанных в рамках критериев Б, В и Г) должна быть по меньшей мере один месяц.

В исследуемую выборку были включены 154 комбатанта, прошедших курс лечения в отделении пограничных состояний клиник НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН; часть из них до обращения наблюдались в амбулаторном звене «Реабилитационного Центра ветеранов войны в Афганистане или других локальных войн» в период с 1996 по 2001 г. Кроме непосредственного обследования больных, изучена их амбулаторная и архивная стационарная медицинская документация, в обязательном порядке производился ретроспективный анализ динамики заболевания и социально-трудовой адаптации больных. Анализ объективного анамнеза осуществлялся путём сбора данных бесед с родственниками и сослуживцами. Состояние психического и соматического здоровья участников военных конфликтов до службы в Афганистане и других «горячих точках» ретроспективно оценено нами как удовлетворительное. Все обследованные сообщали об отсутствии заболеваний, ограничивающих трудоспособность и годность к военной службе, что в своё время было подтверждено всесторонним комплексным медицинским обследованием в военных комиссариатах на момент призыва в армию; либо при повторном освидетельствовании на предмет годности к военной службе в случае отправки комбатантов в служебные командировки.

Катамнестические сведения получены у 116 пациентов (75,6%). Общая длительность катамнеза составила от 1 года до 4,5 лет (средняя продолжительность катамнеза - $1,7 \pm 0,5$). В группу исследования входили комбатанты в возрасте от 20 до 50 лет.

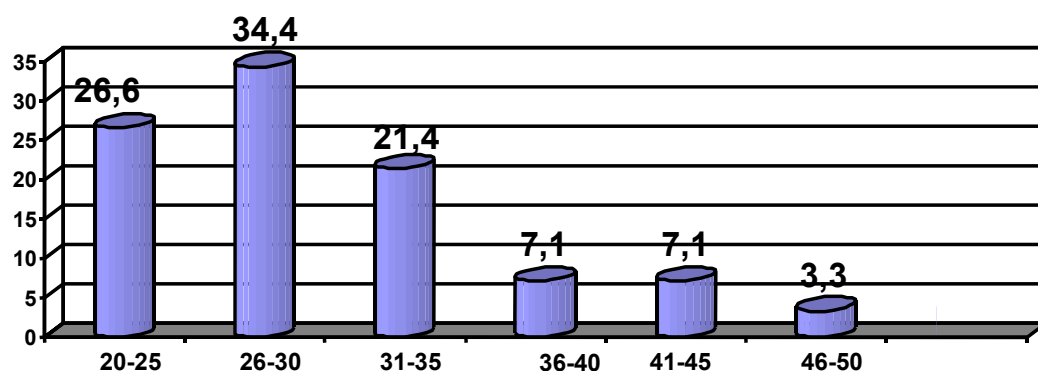


Рис.1. Распределение больных по возрасту.

Как видно из приведенных данных, лица в возрасте 26-30 лет (34,4%) преобладали среди обследованных, что объяснялось большей частотой обращаемости комбатантов для проведения реабилитационных мероприятий, выезжавших в служебные командировки. Более подробная характеристика по возрастному критерию по каждой из трёх клинических групп будет представлена в III главе.

Распределение больных по месту жительства, преимущественно под углом проживания в городе или селе, представлено на рисунке 2. Полученные результаты свидетельствуют, что преобладающее число комбатантов (83,8%) являются городскими жителями. Меньший процент обращаемости среди сельского населения (16,2%) связан с отдалённостью от специализированных учреждений, а также с отсутствием мотивации на первичное обследование.

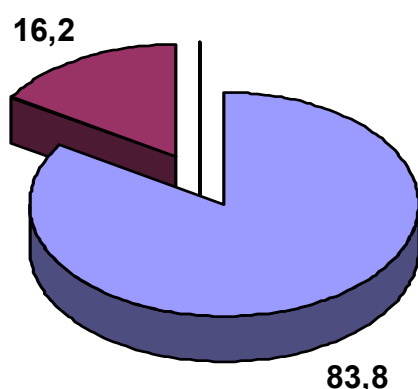


Рис.2. Распределение больных по месту жительства.

Данные об уровне образования представлены на рисунке 3.

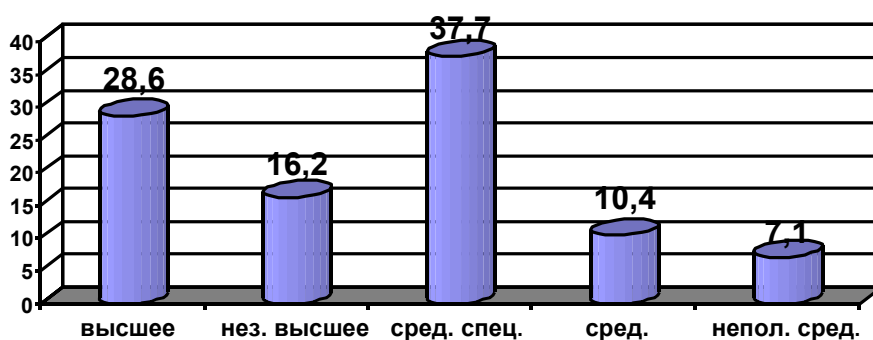


Рис.3. Характеристика больных по уровню образования

Анализ культурного уровня и полученного образования показал преобладание лиц с высшим и незаконченным высшим образованием, поскольку большее число обследованных относились к офицерскому (51,3%), меньше (48,7%) — к рядовому составу.

Характеристика комбатантов по трудовому статусу представлена в таблице 1. Выявлено, что основная часть комбатантов (82,5%) являлись военнослужащими (трудоустроенными). 3,3% обследованных составляли инвалиды второй группы (по психическому состоянию -1,3%, по общему заболеванию - 1,9%). Группа временно не работающих (14,3%) включала лиц, занятых трудоустройством после возвращения

из «горячей точки»; лиц, выбиравших отпуск после тяжёлой военной нагрузки (что чаще касалось демобилизованных военнослужащих срочной службы), а также не имеющих возможности определиться с работой в силу специфики места жительства (в основном проживающих на селе).

Таблица 1

Характеристика по трудовому статусу на момент обследования

Трудовой статус обследованных	абс	%
Постоянно работающие	127	82,5
Временно не работающие	22	14,3
Инвалиды	5	3,3
Всего	154	100,0

Структура производственной адаптации, представленная в таблице 2, заметно отличалась в зависимости от принадлежности к различным клиническим группам.

Таблица 2

Распределение комбатантов по уровню производственной адаптации в зависимости от типологии

Уровень производственной адаптации	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Полная	80**	87,9	12	27,9	5	25,0
Преимущественно профессиональная	11**	12,1	23	53,5	8	40,0
Преимущественно психологическая	0	0	0	0	2	10,0
Формальная	0	0	0	0	3	15,0
Выраженная дезадаптация	0	0	7	16,3	0	0,0
Не установлено	0	0	1	2,3	2	10,0
Итого	91	100,0	43	100,0	100,0	

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$; ** обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$; $r_s = 0,6$. Первая клиническая группа — невротический, вторая — патохарактерологический, третья — невротический, психопатоподобный варианты ПТСР.

Как видно, среди работающих пациентов более адаптированными оказались лица первой клинической группы (87,9% по сравнению со

второй - 27,9% и третьей - 25,0%, $P < 0,001$). Различным был и уровень дезадаптации. Профессиональная адаптация преобладала во второй (53,%) и третьей (40,%) группах ($P < 0,05$); приобретённые «на войне» навыки, умения, привычки, характерологические свойства, помогавшие выжить в тех условиях, затрудняли адаптацию к мирной жизни, требовали расстаться со многими этими качествами, что значительно усиливало степень психологической напряжённости. Как правило, они старались трудоустроиться охранниками, сторожами, продолжая использовать накопленный боевой опыт (недоверие внешнему спокойствию обстановки, настороженность и др.). У 16,3% комбатантов второй клинической группы выявлена также выраженная дезадаптация (как психологическая, так и профессиональная). В силу собственной агрессивности, конфликтности, недоверия («неуживчивого характера») они вынуждены были часто менять место работы, с трудом адаптировались в новом коллективе.

Структура семейной адаптации среди комбатантов также значительно различалась в клинических группах (табл.3). Установлено, что пациенты невротического варианта в 94,5% наблюдений были полностью адаптированы в семейном кругу. В группе патохарактерологического и психопатоподобного вариантов адаптация чаще была формальной (41,9 и 65,0% соответственно), а нередко переходила в разряд выраженной дезадаптации (25,6 и 10% соответственно). После возвращения к условиям мирной жизни многие комбатанты отмечали определённые личностные изменения (вспыльчивость, раздражительность, нетерпимость, жестокость, замкнутость и др.), ранее совершенно не свойственные им, что обуславливало трудности семейной адаптации.

Распределение комбатантов по уровню семейной адаптации

Уровень семейной адаптации	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа		Всего
	абс	%	абс	%	абс	%	
Полная	86**	94,5	7	16,3	5	25,0	98
Формальная	2**	2,2	18	41,9	13	65,0	33
Выраженная дезадаптация	0	0,0	11	25,6	2	10,0	13
Не установлено	3*	3,3	7	16,3	0	0,0	10
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0	154

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$; ** обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$; $r_s = 0,5$.

Нежелание раскрывать свои переживания в кругу семьи по причине их запредельной остроты, убеждённости в непонимании часто подталкивало пациентов уходить из дома, искать поддержки среди бывших сослуживцев, злоупотреблять алкоголем (мотивируя его приём якобы атарактической целью: «снять внутреннее напряжение», «на время забыться», «уйти от реальности» и др.), что значительно усугубляло семейную адаптацию в указанных клинических группах.

Исследование характера воздействия психогенных факторов показало особую значимость затяжных и трудноразрешимых психотравм, имевших характер индивидуально непереносимых для пациента. Среди психогений, выделенных в относительно изолированном виде, наиболее часто встречались семейные проблемы, к их числу относятся алкоголизация супруга (и) или детей, ссоры с супругой, супружеские измены, развод, проблемы с детьми в вопросах воспитания.

Распределение комбатантов по характеру воздействия
психогенных факторов

Факторы психо- генные	Первая клини- ческая группа		Вторая клини- ческая группа		Третья клини- ческая группа		Все го
	абс	%	абс	%	абс	%	
Семейные про- блемы	3**	3,3	19	44,2	4	20,0	26
Производствен- ные проблемы	9	9,9	5	11,6	2	10,0	16
Сексуальные дисфункции	6	6,6	0	0,0	3	15,0	9
Бытовые про- блемы	66	72,5	3**	6,9	3**	15,0	72
Смешанные проблемы	7**	7,7	16	37,2	8	40,0	31
Итого	91	100,0	43	100,0	20	100,0	154

Примечание. ** обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$.

Как видно, достоверно чаще семейные конфликты встречались во второй (44,2%) и третьей (20,0%) группах. Для первой группы наиболее типичными оказались бытовые проблемы (недостаток финансовых средств для поддержания желаемого образа жизни, невозможность размена жилплощади и совместное проживание с родителями супруги или пациента, отсутствие перспективы улучшения жилищных условий — 72,5%). В группе патохарактерологического варианта посттравматических стрессовых расстройств чаще выявлялись психогении смешанного характера (семейные и бытовые — 51,1%). В группе психопатоподобного варианта в качестве доминирующих определены семейные и сексуальные проблемы (45,0%). Факторы производственного плана (неудовлетворённость профессией и заработной платой, конфликты с начальством и сослуживцами, значительная производственная нагрузка, проблемы с трудоустройством) оставались на третьем месте и занимали одинаковый удельный вес в различных типологических груп-

пах, однако их структура всё же несколько отличалась. Так, в первой группе чаще встречалась неудовлетворённость зарплатой, тогда как во второй группе наряду с неудовлетворённостью заработной платой пациенты конфликтовали с начальством, меняли места работы; а в третьей группе обследуемые испытывали сложности с трудоустройством.

Связь изучаемых психопатических состояний с продолжительностью пребывания комбатанта в боевой обстановке отражена в табл.5.

Таблица 5

Распределение больных по вариантам психопатологических проявлений в зависимости от длительности пребывания в зоне боевых действий

Длительность пребывания	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 3 месяцев	72*	79,1	0	0,0	2	10,0
3-6 месяцев	9	9,9	10	23,3	4	20,0
7-12 месяцев	9*	9,9	22	51,2	8	40,0
Более 12 месяцев	1*	1,1	11	25,5	6	30,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$; $r_s = 0,6$.

Как видно, чем длительнее был срок нахождения в условиях боевой обстановки, тем труднее и продолжительнее протекала дезадаптация и непосредственно связанные с нею трудности приспособления «вхождения в мирную жизнь». Так, у комбатантов, находящихся в условиях военных действий до 3 месяцев, в 79,1% случаев сформировались психопатологические проявления, характерные для невротического варианта; для патохарактерологического и психопатоподобного вариантов продолжительность 7-12 (51,2%) и более 12 месяцев (25,5%) встречалась чаще; невротический, психопатоподобный формировался у лиц,

прослуживших преимущественно 7-12 месяцев (40,0%) и более 12 месяцев (30,0%), против 3-6 месяцев (20,0%) и до 3 месяцев (10,0%), $P < 0,001$.

Таким образом, комбатанты, в большей степени требовавшие комплексной реадaptивной тактики, относились к третьей клинической группе, в которой психопатические проявления носили комбинированный характер, определяясь «перекрестом» или взаимодействием трёх патогенных воздействий — роль черепно-мозговой травмы (включая контузии), ранений, преморбидной предрасположенности и, наконец, самой труднопреодолимой для данной личности критической (кризисной) ситуации. На втором месте по значимости и специфике психогенного реагирования стояли психопатологические проявления патохарактерологического варианта.

Г л а в а 3

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

Определение факторов, оказывающих влияние на формирование посттравматических стрессовых расстройств, позволяет избежать диагностических ошибок и облегчает разработку комплексного подхода к их своевременному, направленному лечению, реабилитации и превенции. Как уже было отмечено в литературном обзоре, в формировании посттравматических стрессовых расстройств большое значение имеют конституционально-биологические (в том числе преморбидные особенности личности), социально-психологические, экзогенно-органические и психогенные факторы (среди последних наиболее значима специфика боевого стресса). Как известно, стрессорное воздействие отражает компонент витальной угрозы, психоэмоционального состояния, связанного с гибелью сослуживцев на глазах, необходимостью убивать человека (пусть даже и противника), неблагоприятными экологическими условиями (повышенная инсоляция, необычный рельеф местности и другие). Характерным для локальных войн является отсутствие линии фронта и районов надёжного, спокойного тыла; трудность в выявлении собственно боевиков среди местного «мирного» населения; отсутствие понятных мотиваций у комбатантов и их социальной поддержки. К специфическим факторам боевой обстановки относим также ускорение темпов действия, дефицит времени, внезапность, отсутствие полноценного отдыха и питания.

3.1. Оценка преморбидных качеств комбатантов

Из конституционально-биологических факторов нами изучена роль возраста и преморбидной характеристики личности. Изучение возрастного фактора выявило различие по отдельным клиническим ва-

риантам обследованных лиц — невротического, патохарактерологического, невротического, невротического, психопатоподобного.

Таблица 6

Зависимость возраста больных ($M \pm m$) от клинических вариантов посттравматического стрессового расстройства

Клинические варианты ПТСР	Число наблюдений	Возраст ($M \pm m$)	Достоверность различий (P)
Невротический	91	28,3±0,5	I-II P>0,1
Патохарактерологический	43	27,9±0,7	II-III P<0,001
Невротический, психопатоподобный	20	40,0±1,7	I-III P<0,001

Как видно, основная часть комбатантов (59,1%) первой клинической группы находилась в возрасте 28,3±0,5, тогда как комбатанты второй клинической группы - в возрастной категории 27,9±0,7 – 27,9% (P>0,1). В третьей клинической группе основная масса исследуемых (13%) оказалась сосредоточенной в возрастном интервале 40,0±1,7 лет.

Одним из основных моментов, принимавших участие в формировании преморбидной структуры личности, являлись психогенные влияния предрасполагающего периода (на разных возрастных этапах становления личности). При анализе особенностей микросоциального окружения в детстве следует отметить, что в первой клинической группе большее количество комбатантов воспитывались в полных семьях (68,1% по сравнению с 30,2 и 35,0% - P<0,05 - во второй и третьей группах соответственно). Преобладающие типы неправильного воспитания различались по типологическим группам: во второй группе доминировали лица, воспитывающиеся в условиях «неполного дома» - 48,9%, а также в семьях с отчимом (мачехой) - 11,6%, у родственников воспитывались 9,3%; в третьей клинической группе преобладало воспитание в условиях «неполного дома» - 45,0% и детского дома - 10,0%;

среди комбатантов первой группы в условиях «неполного дома» воспитывалось 24,2% обследованных, что наглядно продемонстрировано в таблице 7.

Таблица 7

Характеристика микросоциального окружения комбатантов в детстве

Микросоциальное окружение в детстве	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Полная семья	62*	68,1	13	30,2	7	35,0
Неполный дом	22	24,2	21	48,9	9	45,0
Воспитание у родственников	2	2,2	4	9,3	1	5,0
Воспитание в детском доме	0	0,0	0	0,0	2	10,0
Появление отчима (мачехи)	5	5,5	5	11,6	1	5,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание.* обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$; $r_s = 0,3$.

Анализ характеристики типов воспитания позволил выявить, что в первой клинической группе наиболее часто встречался нормальный тип воспитания - 60,4%. Реже он выявлен во второй группе - 4,6%, в которой преобладали аномальные формы воспитания в условиях алкоголизации родителей и связанных с этим семейных скандалов (18,6%) и безнадзорности детей (20,9%). В третьей группе нормальные условия отмечались в 10,0%, чаще встречались типы противоречивого воспитания и повышенной моральной ответственности (в равной степени - по 20,0%), что отражено в таблице 8.

Условия воспитания пациентов

Условия воспитания пациентов	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Нормальные	55***	60,4	2	4,6	2	10,0
«Кумир семьи»	1*	1,1	4	9,3	2	10,0
Гипоопека	2	2,2	3	7,0	1	5,0
Безнадзорность	2	2,2	9***	20,9	0	0,0
Гиперопека	9	9,9	6	14,0	2	10,0
Повышенная моральная ответственность	14	15,4	3	7,0	4	20,0
Воспитание в «культе болезни»	1	1,1	0	0,0	2	10,0
Противоречивое воспитание	1**	1,1	5	11,6	4	20,0
Семейные скандалы	6*	6,6	8	18,6	3	15,0
Алкоголизация родителей	0	0,0	3	7,0	0	0,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$; $r_s = 0,5$.

Таким образом, неправильные условия и типы воспитания были наиболее характерны для патохарактерологического и психопатологического вариантов посттравматических стрессовых расстройств, что, видимо, явилось одним из факторов формирования более глубокой степени дисгармоничности и соответствует взглядам О.В. Кербикова (1962), В.Я. Гиндикина (1967), В.А. Гурьевой, В.Я. Семке (1994), изучавших условия формирования психопатий.

В литературе отмечена большая вероятность формирования посттравматических стрессовых расстройств у лиц с акцентуированными чертами характера в сравнении с гармоничными и сбалансированными

натурами. К.Е. Крылов, В.М. Шамрей, А.Н. Лыткин (2000) выявили доминирование астенического и неустойчивого типов акцентуаций, реже - эпилептоидного и шизоидного. Близкую позицию по этому вопросу занимают Е.В. Снедков с соавт. (1997). Они указывают на преобладание эпилептоидных (88%), конформных (83%) и гипертимных (83%) качеств личности. По данным П.И. Сидорова, С.В. Литвинова, М.Ф. Лукманова (1999), посттравматические стрессовые расстройства формируются у личностей с гипертимной, неустойчивой и конформной акцентуацией; для истероидных и сенситивных акцентуантов их развитие оказалось менее характерно; эпилептоидная акцентуация способствовала чаще всего появлению посттравматических стрессовых расстройств в отдалённом периоде. А.В. Андрищенко (1999) высказывает своё мнение о значимости патохарактерологических девиаций для прогноза посттравматических стрессовых расстройств. Характерным для возникновения этих состояний некоторыми авторами считается высокий уровень тревоги у лиц, переживших экстремальное событие (Умрихин А.В., Коновалов А.В., 1998). Ретроспективное изучение личностного преморбида у комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами позволило И.В. Гурину (1996) установить, что наиболее распространёнными акцентуациями, выступающими в роли предикторов этих расстройств, были тормозимые (28,4%) и истероидные (23,9%).

Изучение нами преморбидной структуры личности показало наличие трёх складов характера: гармоничного, акцентуированного и пре-психопатического (диагностируемых на основании отсутствия одного из трёх критериев П.Б. Ганнушкина [1933], определяющих аномальный уровень).

Таблица 9

Характеристика личностной структуры

Структура личности	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Гармоничные	69**	75,8	10	23,3	3	15,0
Акцентуация	22	24,2	14	32,5	13	65,0
Препсихопатия	0	0,0	19*	44,2	4	20,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$; $r_s = 0,7$.

Как видно, при гармоническом складе (75,8%) и акцентуации характера (24,2%) отмечается возникновение невротического варианта посттравматических стрессовых расстройств; тогда как акцентуированный и препсихопатический склад преморбидной личности указывает на значительную вероятность формирования патохарактерологического варианта (32,5 и 44,2% соответственно); невротический, психопатоподобный чаще развивался у лиц с акцентуированными качествами (65,0%).

Таблица 10

Характеристика типологии преморбидной личности

Типология преморбидной личности	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Гармоничный	69*	75,8	5	11,6	3	15,0
Гипертимный	8	8,8	6	13,9	0	0,0
Шизоидный	1	1,1	0	0,0	1	5,0
Психастенический	6	6,6	6	13,9	3	15,0
Эпилептоидный	6	6,6	13	30,2	7*	35,0
Истерический	1	1,1	3	7,0	1	5,0
Сензитивный	0	0,0	1	2,3	1	5,0
Возбудимый	0	0,0	9	20,9	4	20,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$; $r_s = 0,5$.

При исследовании типологических преморбидных личностных характеристик в первой (невротической) группе достоверно чаще ($P < 0,05$), встречался гармоничный тип личности - 75,8% (в сравнении

со вторым — 11,6% и третьим — 15,0%); в меньшей степени — гипертимный (8,8%), психастенический (6,6%) и эпилептоидный (6,6%). Во второй группе (патохарактерологической) преобладали эпилептоидный (30,2%) и возбудимый (20,9%), гипертимный и психастенический — обнаружены в равной степени — по 13,9%; значительно реже — истерический (7,0%) и сензитивный (2,3%). В третьей группе также преобладали эпилептоидный (35,0%) и возбудимый (20,0%); психастенический выявлен в 15,0% случаев; сензитивный и шизоидный составили по 5,0% в равной степени.

Весьма примечательно распределение характерологических показателей в зависимости от остроты психотравмирующих обстоятельств. Наиболее часто хронические посттравматические стрессовые расстройства встречались у комбатантов стенического акцентуированного склада (гипертимов, эпилептоидов), хотя к условиям боевого стресса они были более устойчивыми и лучше адаптировались к военной обстановке. Обнаружение у небольшого числа обследованных (из группы участников «афганской» войны) психопатического склада оценивалась как приобретённая в результате длительной стрессовой обстановки боевых действий «нажитая» психопатия или же психопатизация личности. П.И. Снедков с соавт. (1999) обозначили её как «комбатантная психопатизация».

В ряде наблюдений преморбидные характеристики личности находили отражение в оформлении клинической картины посттравматических стрессовых расстройств. У комбатантов, в психологическом профиле которых выявлялись черты возбудимости, стеничности, в клиническую картину включались взрывное реагирование, злобность, желание отомстить, агрессивность. Для них оказалась характерной неспособность длительное время адаптироваться к условиям мирной жизни: совершение ими асоциальных поступков, тенденция к формированию аддиктивного поведения, усугубление внутрисемейных кон-

фликтов и т.п. У комбатантов с психастеническими личностными характеристиками особенностью клиники являлось наличие крайней нерешительности, постоянной склонности к сомнениям, самоанализу, болезненному переживанию служебных неудач. У них обнаруживалась повышенная склонность к возникновению функциональных расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы (так называемые «неврозы сердца»), желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы.

Таким образом, в развитии посттравматических стрессовых расстройств большое значение имело наличие стресс-уязвимости преморбидных характеристик, оказывавших влияние на клиническое оформление изучаемых расстройств. Возрастной фактор играл меньшую роль (в основном в группе неврозо-, психопатоподобных расстройств).

3.2. Анализ стрессогенных факторов

К числу важнейших факторов патогенеза посттравматических стрессовых расстройств следует отнести степень интенсивности воздействия экстремального стрессора, в данном случае боевого стресса (на что указывают П.И. Сидоров с соавт. (1999). Порог уязвимости и клинические проявления этих расстройств находились в прямой зависимости от интенсивности и продолжительности воздействия специфического боевого стресса. Длительность воздействия стрессоров военной обстановки в период армейской службы в «горячих точках» либо во время служебных командировок различна (табл.11).

Зависимость проявления клинических вариантов
посттравматических стрессовых расстройств
от продолжительности воинской службы (командировки)

Клинический вариант ПТСР	Продолжительность					
	2-3 месяца		более 6 месяцев		более 12 месяцев	
	абс	%	абс	%	абс	%
Невротический	83**	91,2	8	8,8	0	0,0
Патохарактерологический	8**	18,6	23	53,5	12	27,9
Неврозо-, психопатоподобный	3*	15,0	12	60,0	5	25,5

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$, ** - $P < 0,001$; $r_s = 0,6$.

Как видно из представленных данных, для большинства обследованных невротического варианта ПТСР продолжительность воинской службы (командировки) достоверно чаще составляла 2-3 месяца (91,2%, $P < 0,001$), тогда как при патохарактерологическом варианте продолжительность более 6 месяцев наблюдалась в 53,5% против 18,6% продолжительности службы сроком в 2-3 месяца. При третьем клиническом варианте (неврозо-, психопатоподобном) продолжительность службы у комбатантов составляла преимущественно 6 месяцев (60,0%) и более 12 месяцев (25,0%). Длительные сроки наблюдались у офицеров и прапорщиков, что было связано в основном с необходимостью обучения вновь прибывших. С увеличением продолжительности пребывания в боевой обстановке значительно возрастала тенденция к затяжному течению посттравматических стрессовых расстройств. Средняя продолжительность службы в зоне военных действий в «горячих точках» составляла $3,2 \pm 1,5$ месяца.

По темпу развития заболевания выделено три варианта течения ПТСР: острый, подострый, затяжной. Анализ частоты встречаемости данных вариантов в зависимости от типологических особенностей по-

казал, что острый тип течения (длительность заболевания до 1 года) более характерен для невротического варианта (77,0%, $P < 0,001$), подострый (от 1 года до 3 лет) — для лиц патохарактерологического варианта (48,8%, $P < 0,05$) и затяжной (свыше 3 лет) — при невротическом, психопатоподобном варианте (95,0%, $P < 0,001$), как видно из таблицы.

Таблица 12

Темп динамики посттравматических стрессовых расстройств

Темп динамики	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Острый	70**	77,0	4	9,3	0	0,0
Подострый	21*	23,0	21	48,8	1	5,0
Затяжной	0	0	18	41,9	19**	95,0
Итого	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание: * обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$; ** обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$; $r_s = 0,8$

Вероятность развития данных расстройств нарастала по мере экспозиции стрессорного воздействия, имея прямую связь с вероятностью ослабления адаптивных возможностей организма. Так, у лиц с продолжительностью пребывания в обстановке хронического боевого стресса сроком более 6 месяцев риск формирования отдаленных психопатологических последствий становился максимальным и приводил к проявлению симптоматики патохарактерологического (53,5%) и психопатоподобного (60,0%) вариантов посттравматических стрессовых расстройств (более подробно об этом в V главе).

Клиническая картина психологического реагирования во многом определялась тяжестью боевой нагрузки.

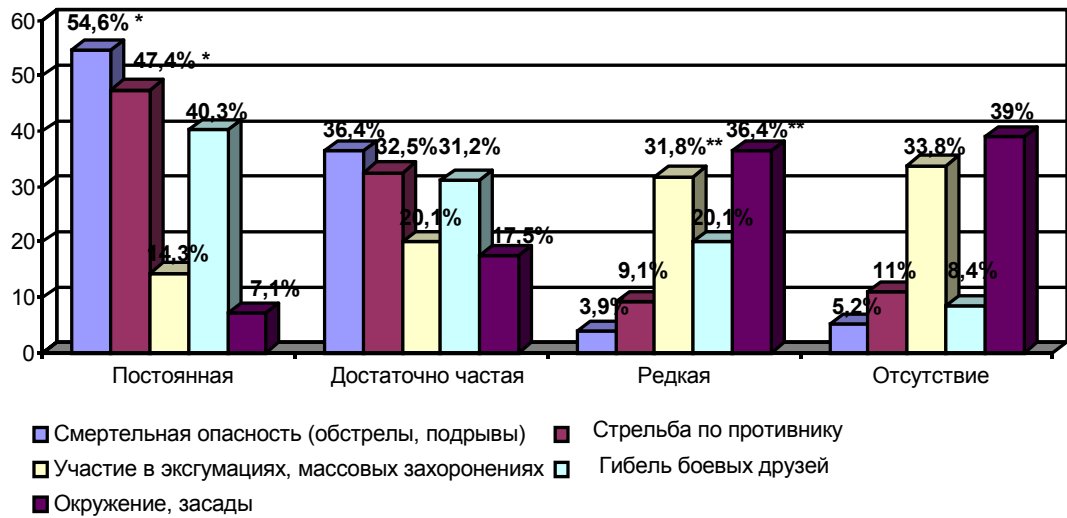


Рис.4. Показатели боевой нагрузки.

К сверхсильным переживаниям практически все комбатанты относят непосредственный контакт со смертью (постоянно подвергались смертельной опасности 84 обследованных - 54,6%, достаточно часто – 56 человек - 36,4%); страх быть убитым, а также непосредственное участие в гибели людей в бою, что главным образом связано со стрельбой по противнику, тяжело переживалось 123 обследованными (79,9%). Участие в эксгумациях, массовых захоронениях во время службы носило постоянный (14,3%) и достаточно частый (20,1%) характер боевой нагрузки и являлось сверхсильным переживанием. 62 комбатанта (40,3%) стали непосредственными очевидцами гибели боевых друзей в бою (зачастую на близком расстоянии или даже «на руках»). Значительно реже среди обследованных комбатантов встречались лица, постоянным или частым компонентом военной жизни которых были окружение (11 чел. - 7,1%) и засады (27 чел. - 17,5%), сопровождающиеся ощущением смертельной опасности. 56 комбатантов (36,4%) попадали либо в окружение, либо в засады, но быстро освобождались сослуживцами и не относили данные эпизоды боевой нагрузки

к значительным психотравмирующим факторам (распределение по клиническим вариантам см. гл. V).

Таким образом, разное по силе и продолжительности воздействия психогенного фактора боевого стресса определяло скорость формирования картины посттравматических стрессовых расстройств и степень последующей дезадаптации личности.

3.3. Роль физиогенных факторов

Сложные взаимосвязи и взаимозависимости психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов в генезе пограничных расстройств подтверждают высказывания П.Б. Ганнушкина (1933) о том, что «психическая реакция на соматическое страдание всегда имеет место».

Психогения может располагать к действию других патогенных вредностей, играть роль своеобразного «сенсibilизатора», способствуя развитию патологических сдвигов в нервной системе и внутренних органах; вскрывать скрытые соматические процессы, способствовать их утяжелению, перестройке личности в направлении появления неврозоподобных и психопатоподобных состояний. Нами также выявлено, что несвоевременное обращение за медицинской помощью комбатантов с ранениями и закрытыми ЧМТ чаще приводило к формированию психопатоподобного варианта посттравматических стрессовых расстройств экзогенно-органического (травматического) генеза, с последующей тенденцией к появлению картины патологического развития личности (по Судакову В.Н.). Наиболее частым и значимым экзогенно-органическим фактором в условиях боевой обстановки являлась черепно-мозговая травма, обуславливая истощение компенсаторных процессов, снижение защитных сил и формирование патологических измененной реактивности. Изучение влияния экзогенно-органических вредностей, предшествующих заболеванию, показало различную зна-

чимость этого фактора в сочетании с психогенным, в формировании клинических вариантов посттравматических стрессовых расстройств (табл.13).

Таблица 13

Распределение больных по характеру экзогенно-органических вредностей

Характер воздействия	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Не выявлены	41**	45,1	3	6,9	0	0,0
Сотрясение головного мозга	3	3,3	1	2,3	1	5,0
Контузии	39*	42,8	9	20,9	4	20,0
Инфекционно-токсические	6	6,6	2	4,6	1	5,0
Системная алкоголизация	0	0,0	10	23,4	5	25,0
Сложного генеза	2**	2,3	18	41,9	9	45,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание.* обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$,
 ** - $P < 0,001$; $r_s = 0,6$.

Как явствует из таблицы 13, экзогенно-органическое воздействие выявлено в 44,9% случаев у больных первой клинической группы, в 93,9% — второй и в 100% — третьей.

В группе комбатантов невротического варианта было выявлено 39 случаев (42,8%) с указанием в анамнезе легких контузий, у 6 человек (6,6%) установлено инфекционно-токсическое воздействие (бронхиты, пневмонии, урогенитальные инфекции, гепатиты). Анализ роли экзогенно-органических вредностей с учетом конституционально-биологических факторов, структуры и клинической динамики посттравматических стрессовых расстройств показал, что сочетанное воздействие можно расценить как патопластическое и провоцирующие («следовое»).

У комбатантов второй (патохарактерологической) клинической группы в 18 случаях (41,9%) выявлялось экзогенно-органическое воздействие сложного генеза, чаще сочетание контузий с системной алкоголизацией. В 4,6% случаев наблюдались комбатанты, в анамнезе которых были инфекционно-токсические воздействия (оперативное вмешательство с применением длительного общего наркоза, отравление угарным газом). Таким образом, анализ показал, что во второй клинической группе экзогенно-органические вредности, являясь одним из этиопатогенетических факторов, играли определенную роль в формировании посттравматических стрессовых расстройств на отдаленном этапе.

У комбатантов третьей (неврозо-, психопатоподобной) клинической группы клинические проявления были обусловлены сочетанным характером экзогенно-органического воздействия (45%). В анамнезе, как правило, наблюдались случаи перенесения черепно-мозговой травмы (25% — контузии, сотрясения головного мозга средней и тяжелой степени), массивные алкоголизации (25%), инфекции (5%). Изучение роли экзогенно-органического фактора в формировании третьей группы посттравматических стрессовых расстройств позволило выявить его провоцирующее значение.

Среди всех комбатантов у 42,2% обследованных соматической патологии выявлено не было. В первой клинической группе при исследовании соматического фактора в формировании посттравматических стрессовых расстройств были диагностированы различные формы соматической патологии в 64,8% случаев, во второй — в 93% и в третьей — в 100%, что отражено в таблице 14.

Распределение больных по характеру соматической патологии

Характер патологии	Первая клиническая группа		Вторая клиническая группа		Третья клиническая группа	
	абс	%	абс	%	абс	%
Не выявлено	32	35,2	3	7,0	0	0,0
Сердечно-сосудистая	10	11,0	7	16,3	9	45,0
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	9	9,9	3	7,0	0	0,0
Дыхательных путей	10	11,0	2	4,7	3	15,0
Мочеполовой системы	6	6,6	4	9,3	4	20,0
Другие болезни ЖКТ	19	20,8	23*	53,5	2	10,0
Эндокринная	3	3,3	1	2,3	2	10,0
Всего	91	100,0	43	100,0	20	100,0

Примечание.* обозначены данные с достоверностью $P < 0,05$,

** обозначены данные с достоверностью $P < 0,001$.

В первой клинической группе выявлено наличие сердечно-сосудистой патологии (вегетативно-сосудистая дистония, гипертоническая болезнь первой стадии) и патологии дыхательных путей в виде ОРВИ, острого бронхита в равной степени (11%); у 9,9% комбатантов диагностирована язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (впервые). Во второй клинической группе достоверно чаще встречались «другие болезни желудочно-кишечного тракта» (гастрит, гастродуоденит, гепатохолецистит, холецистит описторхозной этиологии, гепатит) — в 53,5% ($P < 0,05$), на втором месте по частоте были сердечно-сосудистые заболевания (преимущественно, гипертоническая болезнь первой-второй стадии) — 16,3%. В третьей клинической группе в 45% случаев диагностировалась сердечно-сосудистая патология (ишемическая болезнь, гипертоническая болезнь второй стадии), в 20% — патология мочеполовых органов (простатит, пиелонефрит и др.). При этом обращает на себя внимание, что большинство заболеваний (за исключением комбатантов третьей группы) диагностировано в процессе при-

цельного опроса со стороны врача и с помощью дополнительных методов обследования, сами пациенты часто не предъявляли активных жалоб на соматическое неблагополучие. В целом исследование роли соматических расстройств в генезе посттравматических стрессовых расстройств позволило установить её преимущественно хронизирующую и патопластическую роль в формировании клинических вариантов (в большей степени в третьей группе, в меньшей — в первой).

Таким образом, заключая анализ характеристики патогенетических и предрасполагающих факторов, способствовавших формированию и дальнейшему течению посттравматических стрессовых расстройств, необходимо отметить, что в их генезе важное значение имело определённое соотношение вклада психогенного фактора боевого стресса, конституционально-биологических особенностей комбатанта и влияние соматоорганической патологии.

Г л а в а 4

СИСТЕМАТИКА И ТИПОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

Имеющиеся в настоящее время трудности в систематике пограничных состояний связаны как с переходом на МКБ-10, так и с упразднением методологических подходов. По мнению Роберта Хейнлейна (1997), «величайший кризис, поразивший нас - это кризис в систематизации человеческих знаний и обеспеченности доступности их. Мы обладаем неисчерпаемой энциклопедией, материалы которой до сих пор не распределены по алфавиту».

Базой для работы по систематизации пограничных состояний может служить теория и методология, раскрывающаяся в нозологических понятиях (нозологическая единица, тип, варианты и др.). Н.Н. Тимофеев (1965) высказывает точку зрения, что «нозологической единицы, как единицы строго определённой, всегда себе равной, в психической патологии нет». И всё же классификационный прогресс в психиатрии позволяет ранжировать сложные психологические и психопатологические феномены в категории соответственно принятым классам на основе принятых общих характеристик. В своих исследованиях Ю.С. Савенко (2001) отмечает, что общая систематика охватывает классификацию и типологию: они различаются рангом на таксономическом уровне. Типы, как высшие таксономы, охватывают структурирование и качественно разнообразные объекты и для них адекватнее типология. Классы и виды включают более простые, однотипные, дискретные объекты и подлежат классификации.

Преодоление существующих трудностей в области систематики и типологии посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов стало возможным благодаря их углубленному анализу. В данном разделе рассмотрены особенности посттравматических стрессовых рас-

стройств у участников военных конфликтов. Многолетние исследования в данном направлении позволили нам разделить их на патогенетические группы, учитывая роль психогений вооружённых конфликтов, тяжесть и продолжительность боевого стресса, типологические характеристики преморбидного периода. В основу систематики психопатологических расстройств у комбатантов были положены этиологический, патогенетический и клинико-динамический принципы, учитывающие вклад конституционально-биологических (личностных) факторов, степень психогенных воздействий и экзогенно-органических, соматогенных вредностей (Семке В.Я., 1987). В нашем исследовании среди них наиболее значимыми оказывались следующие:

- наличие в анамнезе стрессорного события угрожающего или катастрофического характера (в данном случае участие в военных действиях);

- связь инициальных нервно-психических расстройств с боевым стрессом;

- длительность и выраженность психотравмирующего воздействия, участие конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов в развитии изучаемых состояний;

- тенденция к нарастанию в динамике патохарактерологических сдвигов, «кристаллизации» психопатологических изменений, иммунологических и церебрально-органических нарушений.

- соответствие клинической картины заболевания характеру психогении, степени вовлечённости комбатанта в стрессовое событие; её утяжеление в связи с предшествующими невротическими состояниями, снижающими порог для развития посттравматических стрессовых расстройств.

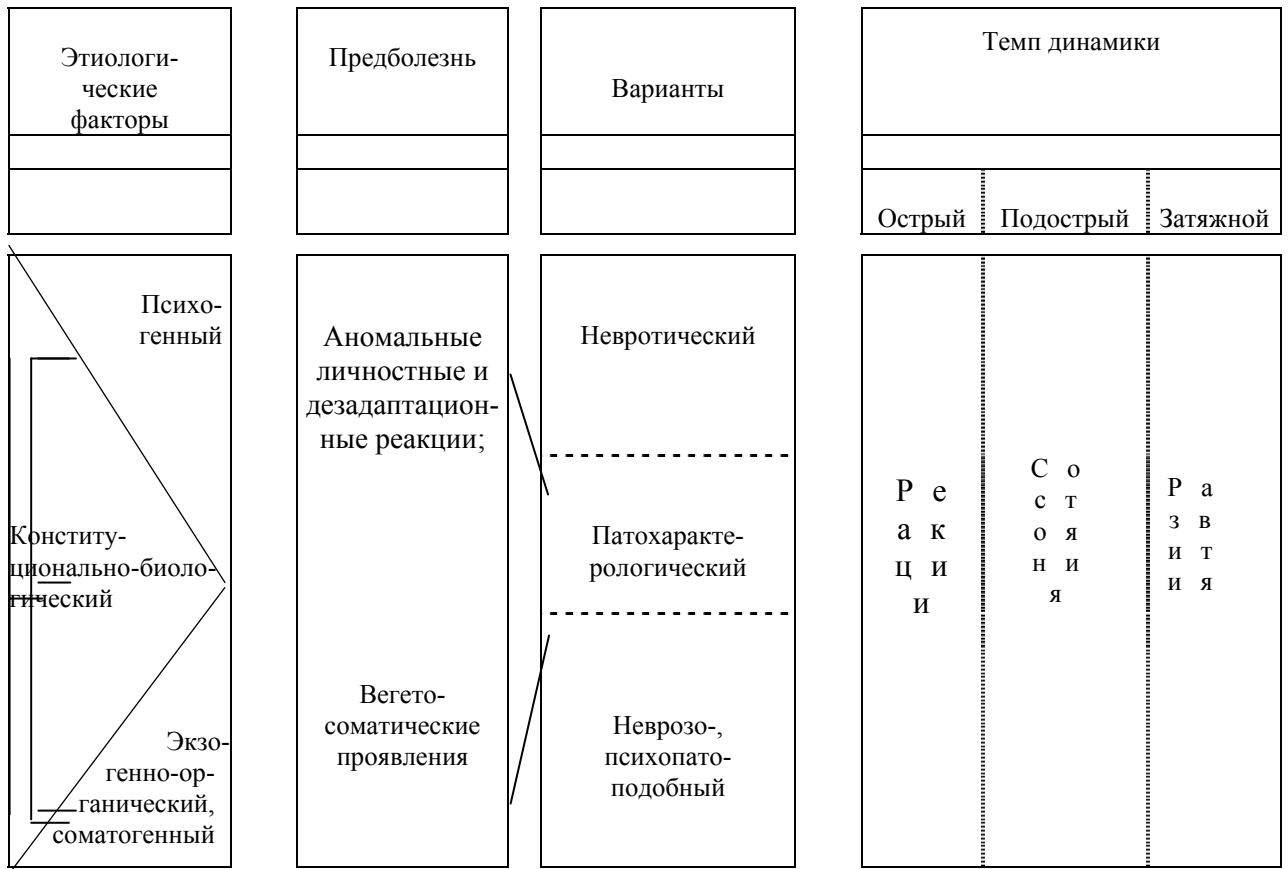
Указанный подход позволил нам выявить три типологических варианта посттравматического стрессового расстройства: **н е в р о т и ч е с к и й** (59,1%), особенностью которого являлась отчётливая связь

клинической картины с боевым стрессом с отражением в картине актуального состояния психотравмирующих обстоятельств; патохарактерологический (27,9%), при котором отмечено усложнение психопатологических симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов, наблюдаемых, как правило, у лиц с выраженной акцентуацией характера и при более неблагоприятной клинической динамике; неврозо-, психопатоподобный (13,0%) - характеризовался полиморфными психовегетативными, психосоматическими и психоорганическими состояниями, которые возникали под воздействием не только психогенных, но и имели в своей основе массивные соматогенные и экзогенно-органические факторы и принимали затяжной, хронический статус болезни. На схеме 2 представлена клинкопатогенетическая систематика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов.

Как видно, в зависимости от генеза, с преобладающей ролью психогенного (боевого стресса), конституционально-биологического, соматогенного и органического факторов, степени выраженности и длительности наблюдавшейся симптоматики выделены три типологические группы, между которыми имеются плавные переходы.

Из всех обследованных групп пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами наиболее часто встречался невротический вариант (достоверно различающийся с патохарактерологическим и неврозо-, психопатоподобным, $P < 0,001$); на втором месте находился патохарактерологический, встречавшийся достоверно чаще ($P < 0,05$) неврозо-, психопатоподобного варианта.

Клинико-патогенетическая систематика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов



В зависимости от типа посттравматического стрессового расстройства наблюдалось различие в формировании затяжной динамики (подробнее см. главу V); при наличии воздействия психогенного и предрасполагающих факторов отмечена тенденция к становлению стойкого аномального склада личности, что соответствует взглядам О.В. Кербилова (1962, 1971) о формировании так называемой «нажитой психопатии»; тем самым подтверждается его тезис об отсутствии в области пограничных нервно-психических расстройств чётких разграничительных линий. На основании комплексного подхода в изучении боевого стресса, анализа широкого круга психогенных, конституционально-биологических, экзогенно-органических факторов получен ряд клинических, нейрофизиологических (включая экспериментально-психологические, иммунологические) характеристик, отражающих на-

рушения адаптивных систем организма. Под влиянием отмеченных неблагоприятных факторов нами выделен континуум от состояния полного душевного благополучия к напряжению психического приспособления (психоадаптационные состояния) и последующему возможному срыву психической адаптации (психодезадаптационные реакции), далее — к клиническим развёрнутым формам, а затем - затяжным состояниям (развитиям). Выявлено, что посттравматические стрессовые расстройства претерпевают в своей клинической динамике четыре этапа: предболезненный, этап реакций, состояний, развитий (см. главу V). В целом представленная рабочая группировка посттравматических стрессовых расстройств позволила более адекватно осуществлять лечебно-профилактические мероприятия этой категории пациентов.

На момент обследования во всех трёх группах пациентов удавалось выделить структурные различия, среди которых имели значимость соотношение облигатных («базисных») симптомов (интрузия, избегание, повышенная «активация») и факультативных («фасадных»), среди которых наибольший удельный вес занимали признаки психовегетативной дисфункции (с преобладанием симптомов со стороны сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической, дыхательной и мочевыделительной систем), имевших разную степень выраженности и длительности проявлений в отдельных подгруппах посттравматических стрессовых расстройств. Это позволило выделить несколько клинических групп посттравматических стрессовых расстройств. Их формирование проявлялось уже на этапе донозологических образований (стадии предболезни); более выраженный характер клинико-структурных различий обнаруживался на последующих этапах развития посттравматических стрессовых расстройств.

Так, первая группа характеризовалась преобладанием в клинической картине симптомов повторного переживания психотравмирующего события в виде навязчивых проявлений (интрузий - 66,9%) и избегания

стимулов, связанных с боевым стрессом (18,1%); вторая — преобладанием симптомов повышенной «активации» (54,4%); третья — сочетанным проявлением преимущественно факультативных симптомов в виде психовегетативных пароксизмов, психосоматических феноменов (34,8 %) и облигатных симптомов (интрузии - 22,6%, избегания - 17,5%, повышенной «активации» - 25,1%).

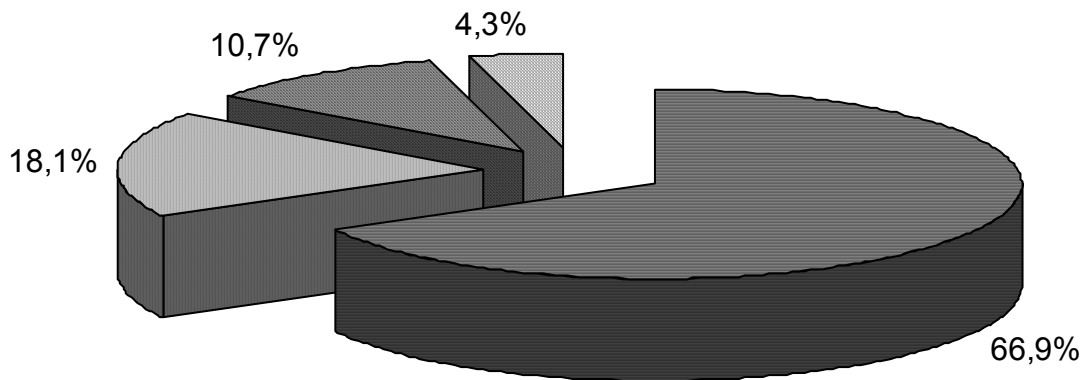


Рис.5. Распределение посттравматических стрессовых расстройств в первой группе с преобладанием в клинической картине симптомов интрузии и избегания.

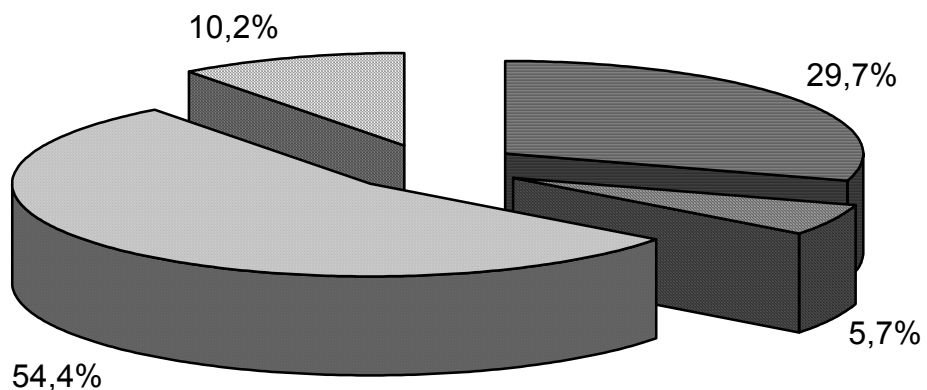


Рис.6. Распределение посттравматических стрессовых расстройств во второй группе с преобладанием в клинической картине симптомов повышенной «активации».

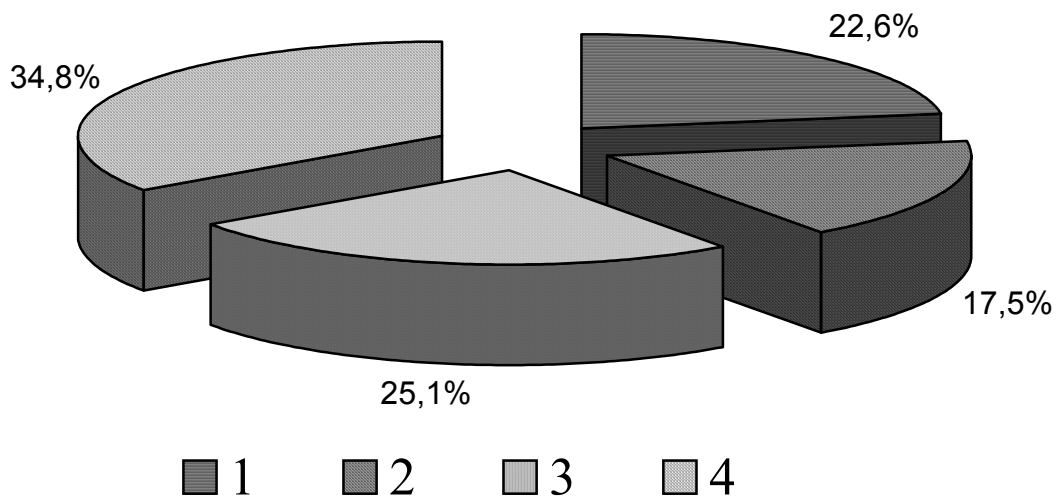


Рис.7. Распределение посттравматических стрессовых расстройств в третьей группе с сочетанными проявлениями в клинической картине облигатных и преимущественно факультативных симптомов.

Примечание. На рисунках 5, 6, 7 даны следующие обозначения: облигатные симптомы: 1 — интрузия, 2 — избегание, 3 — повышенная «активация»; 4 — факультативные симптомы.

При обследовании комбатантов всех трех групп в состоянии отмечалось наличие «базисных» и «фасадных» симптомов, на основании которых выставлялся диагноз, различным было лишь их соотношение. Так, в первой группе пациентов на момент обращения преобладали (66,9%) симптомы повторного переживания психотравмирующего события в виде навязчивых проявлений (*интрузии*). Они носили характер стойких произвольных, чрезвычайно живых реминисценций (*flashbacks*) при напоминании (радио-, телепередачи и др.) или при попадании в ситуации, напоминающие стрессовую («не могу забивать домашний скот, т.к. вид крови мгновенно напоминает боевые операции с гибелью людей») и *тревожных руминаций*, когда пациенты вновь и вновь напряжённо мысленно «прокручивали» актуальные аспекты травматического стресса, «упущенную» возможность предотвратить перенесенное, испытывали чувство вины перед погибшими, их родными. Это со-

проводилось, как правило, острой эмоциональной болью, различными вегетативными проявлениями (тахикардией, пятнами гиперимии на лице, шее, дистальным гипергидрозом, тремором пальцев рук и др.).

Одним из самых частых видов интрузии являлись кошмарные мучительные сновидения по фабуле военного содержания («несу оторванную голову солдата», «подрываюсь на mine и вижу вместо своих ног куски окровавленного мяса», «меня настигает враг в тот момент, когда кончаются боеприпасы» и т.п.). Из бесед с близкими (матерями, жёнами, подругами) воевавших установлено, что они часто во время кошмарных сновидений «вскрикивают», совершают во сне активные движения (вплоть до нападения на партнёра в постели). Симптомы *избегания* были менее выражены в этой группе (18,1%). Комбатанты стремились избежать мыслей и разговоров, мест и действий, напоминающих о боевом стрессе. Их близкие отмечали, что они стали бесчувственными, безразличными, безынициативными (при отсутствии такого поведения до психотравмы). Сами обследованные указывали на снижение способности радоваться, сострадать, пессимистическое видение будущего. Признаки *повышенной «активации»*, проявляющиеся в виде раздражительности, затруднения концентрации внимания, отсутствия чувства отдыха после ночного сна в данной группе занимали ещё меньший удельный вес (10,7%). Выраженность «фасадных» симптомов (в виде различных вегетативных дисфункций, описанных подробно в главе V) составляла 4,3%. Оценка преморбидных качеств у комбатантов этой группы не выявила патологических черт характера в 75,8%. В 24,2% - можно было говорить о незначительной акцентуации по гипертимному (8,8%), эпилептоидному и психастеническому (по 6,6% в равной степени) типам.

У пациентов второй группы (см. рис.6) чаще выявлялись симптомы *«повышенной активации»* (54,4%), главным образом у лиц в преморбиде с выраженной степенью акцентуации по возбудимому (20,9%),

эпилептоидному (30,2%) и гипертимному (13,9%) типам. В поведении пациентов преобладали крайняя импульсивность, непредсказуемость, неспособность к оценке последствий своих поступков. У комбатантов срочной службы в отличие от «контрактников» и лиц, выезжавших в служебные командировки, отмечалась низкая адаптивность к условиям мирной жизни, чаще формировались аддиктивные расстройства (алкоголизм, токсикомания). Аддикты мотивировали приём одурманивающих средств, как правило, стремлением «облегчить засыпание», «снять напряжение», «забыться». Выявление патохарактерологических сдвигов в этой группе по нашему мнению связано с тем, что для них период службы в «горячих точках» пришёлся на завершающий этап формирования личности, когда массивные психотравмирующие факторы боевой обстановки в определённой мере деформировали неокрепшие, юношески пластичные личностные структуры. К утяжелению и затяжному течению психопатологических расстройств у них способствовало более продолжительное пребывание в условиях военных действий (непрерывное - по 6-12 месяцев против 2-3 месяцев у «контрактников» и участников служебных командировок, $P < 0,001$). При экспериментально-психологическом исследовании комбатантов выявлялись повышенная раздражительность, реакции гнева и агрессивности, неспособность сдерживать негативные эмоции, что значительно затрудняло коммуникационные возможности, отражаясь на производственных, семейных отношениях. Среди проявлений *интрузионного* типа (с выраженностью 29,7%) для комбатантов этой группы являлось нарушение сна. Ночные кошмары прерывали сон, вызывая при пробуждении дезориентировку в окружающей обстановке, времени, что сопровождалось выраженными вегетативными явлениями (сердцебиение, холодный пот и др.), чувством тревоги и отчаяния. Подобные состояния активизировали «военные» воспоминания, вызывали подавленное настроение, раздражительность, замкнутость, которые сохранялись от нескольких часов до

нескольких дней, значительно дезадаптируя пациента. Симптомы *избегания* стимулов, связанных с боевым стрессом, и «фасадная» симптоматика были менее выражены у пациентов этой группы (5,7 и 10,2% соответственно).

В третьей группе (см. рис.7) преобладали соматоформные расстройства с преимущественной локализацией болезненных ощущений в церебральной, кардиологической, гастроэнтерологической, мочевыделительной сферах, сочетающиеся с психовегетативными пароксизмами. Мотивацией для обращения к врачу в этой группе комбатантов, как правило, являлось соматическое неблагополучие (34,8%). Симптомкомплекс характеризовался психовегетативными проявлениями в виде симпатoadреналовых, вагоинсулярных, а чаще смешанного типа приступов. Кризы проявлялись цефалгиями, сердцебиением, колебаниями артериального давления, «сдавливания» за грудиной, различного характера болями в области сердца, потливостью, «спазмами» в эпигастральной области. Они чаще провоцировались производственными перегрузками в сочетании с неблагоприятными метеотропными влияниями, что сопровождалось выраженными нарушениями социально-трудовой адаптации. В дальнейшем с прогрессированием дезадаптации выявлялись стойкие психопатоподобные состояния. Отмечалось нарастание когнитивных расстройств, инертность психических процессов. Выраженность «базисных» симптомов занимала примерно одинаковый удельный вес (как видно из рисунка 7). Типично формирование избегающего поведения на фоне тревожных руминаций; симптомы эмоционального оцепенения и феномены «флеш-бэк» встречались относительно редко и не носили столь тягостной эмоциональной окраски как в первой группе. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше был представлен ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях и пароксизмальными приступами в выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами избегания (17,5%), повышенной

«активации» (25,1%) и переживаниями интрузионного характера (22,6%), связанных с боевым стрессом.

Таким образом, распределение посттравматических стрессовых расстройств по клиническим группам в зависимости от соотношения и значимости «базисных» и «фасадных» симптомов, представленных на рисунке, показало, что наличие облигатных симптомов было свойственно на всех стадиях формирования указанных расстройств (не зависимо от типологических особенностей) и их стержневая значимость для все трех групп; *факультативные симптомокомплексы* также проявлялись на всех стадиях становления посттравматических стрессовых расстройств (в большей степени в периоде их клинической «кристаллизации» — невротического, патохарактерологического и мозаичного состояния). Существующая клиническая динамика (в сторону затухания или усиления психопатологических симптомов) не определяла в существенной мере типологическую основу посттравматических стрессовых расстройств.

Клинико-структурный анализ различных вариантов ПТСР позволил выявить выраженные отличия в сопоставляемых подгруппах в зависимости от представленных клинических симптомов (синдромов) и генеза того или иного варианта (рис.8).

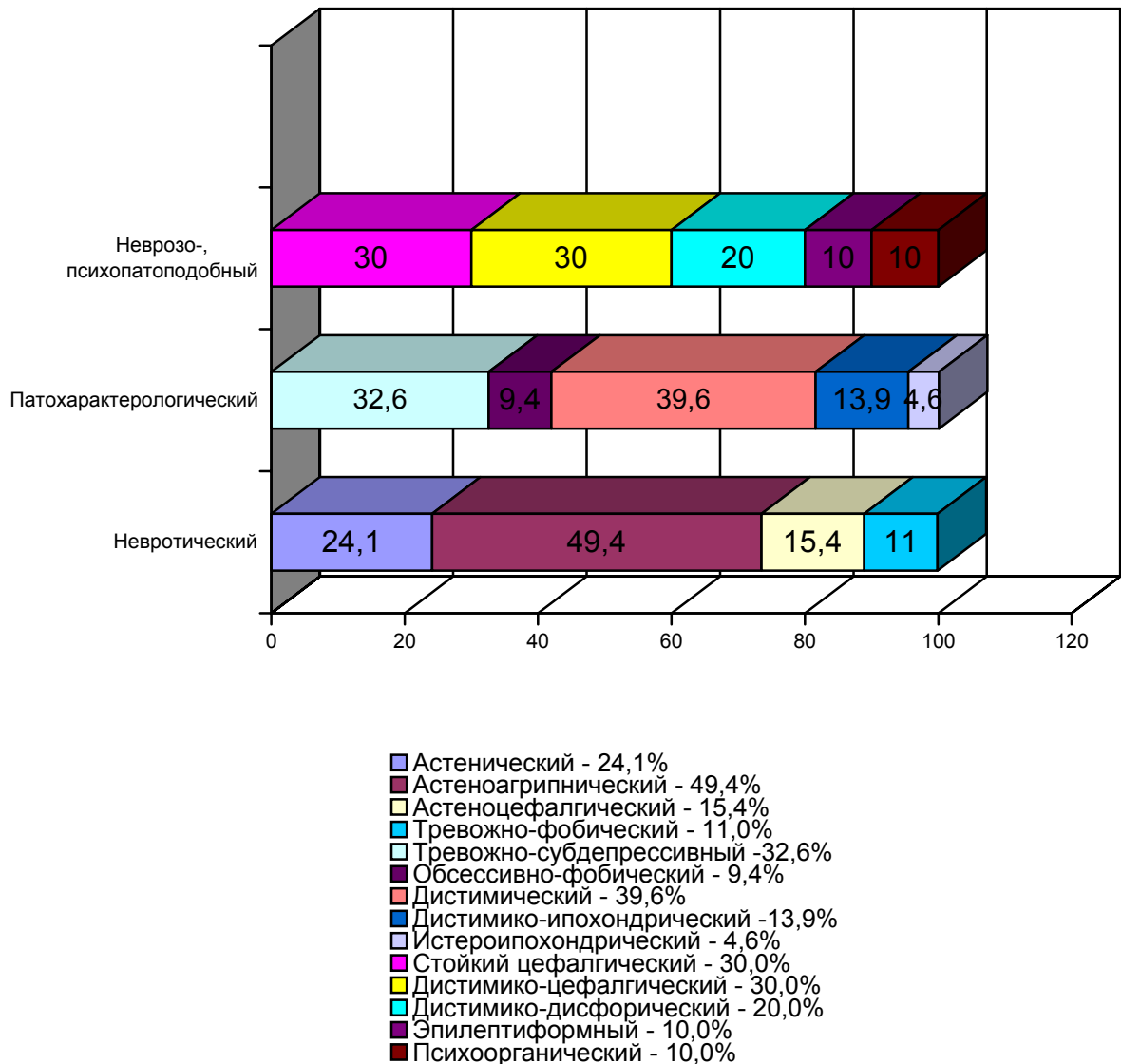


Рис.8. Клинико-структурный анализ основных вариантов посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов.

Как видно, для невротического варианта ПТСР среди базисных синдромов более присущи психогенно обусловленные образования: астенический (24,1%), астеногриппический (49,4%), астеноцефалгический (15,4%), тревожно-фобический (11,0%); для патохарактерологического варианта — преимущественно конституционально-биологическими факторами: дистимический (39,6%), дистимико-ипохондрический (13,9%), тревожно-субдепрессивный (32,6%), обсессивно-фобический (9,4%), истериопохондрический (4,6%); для третьего

- экзогенно-органическими и соматогенными факторами: стойкий цефалгический (30,0%), дистимико-цефалгический (30,0%), дистимико-дисфорический (20,0%), эпилептиформный (10,0%) и психоорганический (10,0%), о чем подробнее см. в главе V.

Представленное типологическое рассмотрение основ посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов оказало влияние на оценку клинической динамики и прогноз указанных состояний. Прежде чем перейти к подробной характеристике клинико-динамического аспекта посттравматических стрессовых расстройств, следует отметить, что пограничные нарушения у обследованных в целом соответствуют адаптированному для использования в России разделу F-43.1 Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Вместе с тем мы сочли необходимым несколько расширить и уточнить их с клинико-динамических позиций.

Г л а в а 5

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ

Изучение специальной литературы, посвящённой проблеме посттравматических стрессовых расстройств, позволяет считать, что её клинико-типологические аспекты далеки от своего разрешения. Динамика боевых стрессовых нарушений существенно отличается от неврозов мирного времени и психогений катастроф (Снедков Е.В., 1997; Сидоров П.И., 1999; Маклаков А.Г., 1999). Многократно повторяющееся однородное воздействие боевой травмы формирует стереотипное развитие клинических симптомов посттравматических стрессовых расстройств. Именно поэтому диагностика доклинических проявлений, признаков начинающейся психической дисгармонии являлась необходимой, поскольку на этом этапе сохранялось преобладание естественных механизмов над патогенетическими, а своевременная их коррекция предотвращала развитие затяжных, труднокурабельных состояний.

В настоящей главе представлены результаты клинико-психопатологического обследования 154 комбатантов, у которых основой дисфункциональных состояний в экстремальных условиях боевой обстановки являлись психические расстройства пограничного уровня. В соответствии с проведённым структурно-динамическим и патогенетическим анализом они распределены нами на три типологических варианта: невротический - 59,1%, патохарактерологический - 27,9% и неврозо-, психопатоподобный - 13,0%. Клинико-динамическая характеристика посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов показала чёткую последовательность в развёртывании описанных психопатологических феноменов. Они оценивались на протяжении всего «длинника» анализируемого состояния и протекали в четыре этапа:

- этап предболезни - начинается с момента воздействия психогенного фактора и заканчивается структурированием клиники невротических, неврозоподобных реакций (этап перехода от адаптации к дезадаптации);

- острый - невротических, неврозоподобных реакций;

- подострый - структурирование психопатологических расстройств (состояний) с выделением основного синдрома;

- конечный - затяжное течение с переходом в один из вариантов развития (невротического, патохарактерологического, патологического).

Предболезненные расстройства у комбатантов выявлялись ретроспективно при сборе анамнестических сведений и протекали на догоспитальном уровне. Все обследованные на момент обращения уже имели клинические формы посттравматических стрессовых расстройств. Клинические донозологические нарушения формировались у ранее практически здоровых лиц в ответ на экстремальное воздействие боевого стресса, вызывающего ответное напряжение саногенетических механизмов. Феноменологически они проявлялись преходящими психоэмоциональными (в виде аномальных личностных реакций) либо вегетативно-соматическими нарушениями, сменяющимися периодами относительного благополучия. Наиболее важными признаками аномальных личностных реакций являлись: утрата привычного приспособительного (адаптивного) характера личностной реакции, её несоответствие актуальной ситуации; ломка сложившихся механизмов психологической защиты; кратковременность, изолированность и быстрая обратимость в условиях благоприятно складывающейся микросоциальной обстановки, что соответствует исследованиям В.Я. Семке, Д.В. Саванина, М.М. Аксёнова (1994, 1999). Вегетативно-соматические проявления на данном этапе представлены преимущественно преходящими диспептическими, сердечно-сосудистыми и другими дисфунк-

циями. По мнению В.А. Гиляровского (1973), вегетативная нервная система берёт на себя первый удар при действии любого стрессора на организм человека. Ядром и сутью вегетативных дисфункций являлись эмоционально-аффективные расстройства, что отмечено также в исследованиях А.М. Вейна (1997). Непредсказуемость боевой обстановки у 63,0% комбатантов вызывала витальный страх смерти, достигающий степени аффекта, панику, выраженное беспокойство, тревогу. Тревога сопровождалась нарушением сна, неспособностью расслабиться, гиперестезией (внезапный шум, вспышки света вызывали реакцию испуга, сопровождающуюся ощущением сердцебиения, учащением пульса, тремором, «холодным потом»). Беспокойство и агитация усиливались чаще в ночные часы. Для комбатантов с эпилептоидным (18,8%) и гипертимным (21,1%) типами личностных качеств было характерно стремление «выговориться», они производили впечатление беспечных, отрицали наличие проблем, пытались шутить. Комбатанты с сензитивной, психастенической (17,3%) характерологией указывали на то, что их охватывало оцепенение, внешне они выглядели безучастными, «замыкались в себе». К наиболее частым проявлениям вегетативной дисфункции относились ощущения в сердечно-сосудистой системе: 31,0% пациентов отмечали в этот период ощущение «сильного сердцебиения», «кинжальной» или «прокалывающей» боли, «замирания» или «остановки» сердца, «онемения в груди», «удушья», «перехватывания горла». 28,1% обследованных испытывали дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта: ощущение тошноты, рвоту, урчание, боли разнообразного характера (схваткообразные, острые, ноющие или тупые). Когнитивные расстройства наблюдались у 12,3% комбатантов в виде «ощущения дурноты в голове», головокружения, «предобморочного состояния», «страха сумасшествия», дереализации, деперсонализации. При устранении неблагоприятных средовых влияний данные нарушения либо самопроизвольно подвергались обратному развитию,

либо заканчивались структурированием клиники, соответствующей различным вариантам психопатологических проявлений.

5.1. Динамика невротического варианта

Важной феноменологической особенностью данного типологического варианта являлась отчётливая связь клинической картины заболевания с «боевым стрессом» и отражением в картине актуального состояния психотравмирующего обстоятельства. Невротический вариант ПТСР наблюдался у 91 комбатанта (59,1%). По возрастным характеристикам они распределились следующим образом: в возрасте от 20-25 лет — 23 человека (25,2%); 26-30 лет — 42 (46,2%); 31-35 лет — 17 (18,7%); 36-40 лет — 7 (7,7%); 41-45 лет — 1 (1,1%).

Исследование микросоциального окружения в детстве показало, что воспитание в полной семье имело место у 62 человек (68,1%); на один из вариантов воспитания в неполной семье указывалось в 22 случаях (24,2%); в единичных случаях (5 человек; 5,5%) — на воспитание с появлением отчима в семье. Нормальные условия воспитания отмечались у 55 обследованных (60,4%). Воспитание по типу повышенной моральной ответственности выявлялось у 14 человек (15,4%); гиперопеки — у 9 (9,9%); гипоопеки — у 2 (2,2%); безнадзорности — у 2 (2,2%); в обстановке семейных скандалов у 6 (6,6%); воспитание по типу кумира семьи, противоречивое и в «культе болезни» — в равной степени (по 1,1%).

Анализ преморбидных свойств личности выявил в 75,8% случаев гармонически сбалансированный склад, в 24,2% — акцентуированный. По типу акцентуаций комбатанты распределились следующим образом: преобладали гипертимные - 8,8%; психастенические и эпилептоидные встречались в равной степени - по 6,6%; истерические - 1,1%.

Исследование социально-трудовых характеристик показало, что преобладали ($P < 0,05$) лица с высшим и незаконченным высшим образованием (61,5% в целом); среднее специальное образование имели 30,7% комбатантов. 84,6% обследованных имели статус военнослужащих, 9,9% являлись работниками и служащими других профессий. Проблем с трудоустройством, как правило, комбатанты этой группы не испытывали.

Изучение экзогенно-органических вредностей указывало на перенесенные контузии лёгкой степени (39 человек; 42,8%), по поводу которых пациенты не обращались за медицинской помощью, но все отмечали ухудшение состояния в первые 2-3 суток после травмы в виде вялости, головокружения, «заложенности» ушей, «шума в голове». К числу факторов, влияющих на состояние, в том числе на стресс-толерантность, относились перенесенные инфекционные заболевания. Из числа обследованных 6 человек (6,6%) перенесли вирусные гепатиты в тяжёлой форме в период службы в «горячих точках». У 35,2% соматической патологии выявлено не было. Среди сопутствующей патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (из них впервые выявленная язвенная болезнь желудка и ДПК диагностирована в 9,9%; гастриты, гастродуодениты, холециститы и другие болезни пищеварительной системы — в 20,8%). Сердечно-сосудистая патология (в виде вегетососудистой дистонии, гипертонической болезни первой стадии) отмечалась в 11,0% случаев, мочеполовая (в виде простатитов и пиелонефритов) — в 6,6%. 11,0% приходилось на долю патологии дыхательных путей (острые респираторные заболевания, острые бронхиты, ангины, пневмонии).

При анализе семейного положения следует указать, что 86 человек (94,5%) состояли в браке, в разводе были 2 (2,2 %). 3 обследованных (3,3 %) семей ещё не имели. Для комбатантов с невротическим вариантом характерно наличие обширных контактов в общении с колле-

гами по работе, в семейном кругу и с близкими (89 человек; 97,8%), лишь 2 человека (2,2%) избегали контактов (по причине характерологических особенностей).

В исследуемой группе анализ производственной адаптации выявил преобладание ($P < 0,05$) полной адаптации, и лишь у 11 человек (12,1%) отмечалась преимущественно профессиональная (как правило, у лиц с эпилептоидной акцентуацией).

Невротический вариант ПТСР у комбатантов характеризовался определённой этапностью своего формирования. В клинической динамике нами выделены следующие этапы: острый - по типу невротических реакций; подострый (стадия структурирования ведущего клинического синдрома - невротическое состояние) и конечный (переход болезни в хронический статус - невротическое развитие).

Начальный этап (длительностью от 3-6 месяцев до 1 года) характеризовался отдельными моно- и микросимптомами, малодифференцированными расстройствами. Невротические реакции на момент обследования выявлялись у 77,0 % комбатантов и были представлены в виде астенических (51,3%), дистимических (39,9%) и тревожно-фобических (8,8%) вариантов. Их формирование зависело от тяжести и продолжительности боевого стресса, преморбидных характерологических качеств, информированности о реальной ситуации, уровня профессиональной подготовки.

Астенический вариант характеризовался психогенно обусловленными расстройствами самочувствия. Комбатанты в процессе адаптации к мирной жизни отмечали появление вялости, разбитости, ощущение «пустоты в голове», невозможности расслабиться и «отключиться» от навязчивых воспоминаний о войне, быстрой утомляемости при привычных нагрузках, «накопление усталости». Вазовегетативные реакции протекали в виде повышенной потливости, неприятного головокружения, чувства жара или озноба, сердцебиений. Пациенты отмечали по-

явление головных болей разнообразного характера, рассеянности, невнимательности, трудности в концентрации внимания. Обязательным симптомом являлось нарушение сна, возникающее вследствие переутомления в виде затруднённого засыпания, поверхностного сна с кошмарными сновидениями военной тематики, отсутствием чувства отдыха при пробуждении. Ранние пробуждения усиливали утреннюю астению, что дезадаптировало пациента в микро- и макросоциуме (в том числе приводило к нарастанию ухудшения социально-трудовых навыков, неуверенности в себе, в правильности своих поступков), вызывало усугубление личностной дисгармонии. Пациенты фиксировались на проблемах со сном, с нарастающей тревогой ожидали наступления ночи. Наиболее часто формирование данного варианта отмечалось у акцентуированных личностей тормозимого (58%) и неустойчивого (12%) типов.

Дистимический вариант характеризовался психоэмоциональными сдвигами с преобладанием раздражительности с повышенной истощаемостью, переживаниями психического дискомфорта и неудовлетворённости, пессимистической оценкой будущего. Дистимические отклонения часто протекали по типу кратковременных «срывов», «вспышек» недовольства, озлобленности. Наблюдаемые реакции комбатантами оценивались как «неожиданные», «непривычные» и не соответствовали по выраженности и продолжительности внешним стимулам. Дистимия с чувством раздражительной слабости, снижением настроения, с ощущением «краха надежд» наблюдалась у лиц с тормозимыми (22,4%) и гипертимными (9,6%) чертами; реакции с недовольством окружающими, озлобленностью, несдержанностью чаще встречались у эпилептоидных (51,3%) и истероидных (11,7%) акцентуантов.

Тревожно-фобический вариант характеризовался в основном преходящими фобиями, высоким уровнем немотивированной тревоги, сочетающимися с опасениями за своё здоровье. Наиболее частыми

являются нозофобии (кардиофобии, канцерофобии, алиенофобии). Пациенты часто испытывали ощущение внутреннего дискомфорта, напряжённости, раздражительности; выглядели беспокойными, жаловались на «невезение», предчувствие каких-либо неприятностей. Не свойственные ранее комбатантам болезненные переживания усиливали тревогу, нарушали привычный ритм жизни. Нередко пациенты пытались купировать подобные состояния приёмом спиртного, что приносило «лишь незначительное душевное облегчение», усугубляя физическое страдание. Тревожно-фобические реакции наблюдались у комбатантов, которые после возвращения с войны продолжали трудиться в условиях физического или умственного перенапряжения (составление отчётов о результатах служебных командировок, сверхурочный труд, «суточные» дежурства и т.д.). Наблюдаемые состояния возникали чаще у лиц с тревожно-мнительными (24,4%), эмоционально-ригидными (17,4%) и гипертимными (11,2%) чертами.

В качестве примера невротического варианта ПТСР по типу тревожно-фобической реакции приводим клиническое наблюдение 1.

С.В.Е., 1965 г.р., РОВД, начальник ОБЭП, томич, находился в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН с 20.08. 2000 г. по 17.09.2000 г. с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство, невротический вариант, тревожно-фобический синдром» (история болезни № 897).

А н а м н е з ж и з н и . Наследственность психопатологически не отягощена. Отец служил в ФСБ, по характеру - спокойный, уверенный, решительный. Мать до пенсии работала по специальности бухгалтером-экономистом, со здоровьем особых проблем не было. В характере преобладали гипертимные черты: энергичная жизнерадостная, «оптимистка по жизни». Взаимоотношения в семье были доброжелательными, воспитанием детей в равной степени занимались оба родителя. Отец имел «отличную память и обширные знания как в технических,

так и в гуманитарных науках», поэтому охотно делился своим опытом с сыновьями. Со старшим братом (1964 г.р.) с детства были дружны, до настоящего времени поддерживают хорошие отношения.

Пациент родился младшим в семье ребенком от физиологически протекавших беременности и родов. Рос и развивался соответственно возрасту, был активным, любознательным мальчиком, но в то же время очень послушным. Свободное время проводил в обществе брата, а также среди сверстников «на улице». В детский сад ходил с удовольствием, легко адаптировался в новом коллективе. Рано научился читать и писать, знал много стихов, песен. В играх чаще был заводилой, организатором, ему всегда это легко удавалось, хотя к лидерству и не стремился. В школу пошел в 7 лет, учился легко, успешно, если что-то не получалось - сидел и настойчиво разбирался. Рос здоровым ребенком, лишь в 10-летнем возрасте проводилась дегельминтизация описторхоза, неприятных воспоминаний об этом периоде не осталось. За все время учебы чувствовал себя «превосходно» (до сих пор навещает учителей, посещая школу не менее одного раза в год, в три года - один раз встречаются классом). Все предметы давались легко, особенно нравились математика, история. С удовольствием занимался физкультурой, но каким-либо отдельным видом спорта не увлекался. Активно участвовал в общественной жизни школы, выполняя функции комсорга класса, с чем легко справлялся, будучи человеком коммуникабельным. Интересовался «новинками техники», много читал научно-популярной и художественной литературы (любовь к книгам привили родители, которые были «просто полиглотами»). О чем-либо особенном, возвышенном не мечтал, всегда был больше прагматиком. К спиртному в школьные годы относился «даже с осуждением». Окончил успешно среднюю школу. С представительницами противоположного пола взаимоотношения складывались хорошо, поскольку обладал «веселым, затейливым» характером, слыл «весельчаком, душой компании».

После окончания школы в течение одного года работал на заводе «Контур» токарем, затем был призван в армию, служил с 1983 по 1986 г. в МЧПВ КГБ СССР, в особом отделе, во Вьетнаме. Этот период вспоминает как очень «суровую жизненную школу», служба была сопряжена с психоэмоциональными нагрузками (тогда же появилась первая седина). После демобилизации принял предложение и по настоящее время работает в ОБЭП, успешно продвигаясь по служебной лестнице, имеет звание капитана. Женится по любви, взаимоотношения в семье доброжелательные, воспитывают двух сыновей (12 и 7 лет), проживают в отдельной двухкомнатной квартире.

А н а м н е з з а б о л е в а н и я . Ухудшение состояния связывает с психоэмоциональными и физическими нагрузками в период служебной командировки в Чечню (с 22.04.2000 г. по 25.07.2000 г., 3 месяца), а также с участием в КТО (контртеррористические операции). Принимал участие в боевых действиях («зачистки», «разведка» и т.п.), переживал за подчиненных, с нетерпением ожидая их возвращения с «задания». На фоне психоэмоциональных нагрузок при выполнении очередной «зачистки» в начале июля 2000 г. впервые случился приступ, который сопровождался чувством внутренней напряженности, беспокойством, тревогой и страхом неопределенного характера. Затем присоединились ощущение головокружения, головные боли в области затылка с повышением артериального давления до 150/90 мм рт.ст., рассеянность внимания. Накануне перенес солнечный удар с повышением температуры тела до 39°. Попытка успокоить себя самостоятельно, объясняя ухудшение состояния переутомлением, недосыпанием. После возвращения «на родину» надеялся, что отдых «снимет все проблемы». Однако тревога стала нарастать, появился страх ожидания данных приступов. Плохо спал ночами, мучили кошмарные сновидения военного содержания, раздражали громкие звуки, вспышки яркого света, старался не смотреть телепередачи о войне; с трудом концентри-

ровал внимание, что стало мешать в выполнении обычного объема работы на службе. Для облегчения состояния пробовал принимать спиртное, но оно наступало кратковременно. Обратился к психиатру в медотдел УВД, по направлению госпитализирован в НИИ ПЗ, отделение пограничных состояний.

Соматическое состояние. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, 74 уд. в мин., АД - 140/90 мм рт.ст. Печень не увеличена. Болезненность в точке желчного пузыря. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Отеков нет. ЭКГ: Функциональная способность сердца в покое удовлетворительная. Консультация терапевта: Синдром вегетативной дистонии с склонностью к артериальной гипертензии. Хронический гастродуоденит. Консультация окулиста: Глазное дно без патологии. Консультация невропатолога: Неврологический статус без признаков очагового поражения ЦНС. Эхо ЭГ: Смещения срединных структур головного мозга не выявлено. РЭГ: В фоновой записи - пульсовое кровенаполнение в каротидном и вертебробазилярном бассейнах достаточное. Слабо выраженные признаки сосудистой дистонии.

Психическое состояние. Высокого роста, нормостенического телосложения. Походка уверенная. Коротко подстрижен, аккуратен. Пантомимика живая, разнообразная, адекватна беседе и внутреннему переживанию. В актуальном психическом состоянии прослеживается сосредоточенность на своих соматических ощущениях, что очень значимо для пациента. В поведении отмечаются снижение стрессоустойчивости, высокий уровень личностной тревожности, склонность к сомнениям, переживаниям, преобладают стремление к общению, коммуникабельность. Данные анамнеза излагает последовательно, рассказывает о себе подробно, не лишен юмора. О событиях военного времени говорит уклончиво, односложно («никому не желаю подобных

испытаний судьбы и переживаний, связанных с гибелью сослуживцев»), старается перевести разговор на другую тему. Фиксирован на состоянии своего здоровья: обеспокоен повторяющимися приступами (1-2 раза в неделю), которые сопровождаются чувством внутренней напряженности, тревогой и беспокойством, немотивированным чувством страха, головокружением («все плывет перед глазами»), рассеянностью внимания и повышением артериального давления до 140/90 мм рт.ст. Сон нарушен: с трудом засыпает, беспокоят ночные кошмары военного содержания, мысли и воспоминания носят навязчивый характер. Для «облегчения» состояния принимал небольшие дозы спиртного, но понимая, что это не «то средство» от болезни, обратился к врачу по месту службы. Долго не мог решиться на этот шаг («трудно было признаться еще кому-то в собственной слабости»), но нарастающие тревога, беспокойство и страх ожидания перед описанными приступами все же побудили его обратиться за помощью к специалистам. Когнитивных расстройств не выявлено. На фоне лечения: ПФК (феназепам, сонапакс) и ПТК - рациональной и курсовой гипносуггестивной терапии уже после второго сеанса редуцировалась фобическая симптоматика, почувствовал себя увереннее, спокойнее. Доволен своим состоянием, благодарил «за быстрое и эффективное лечение».

К а т а м н е з ч е р е з г о д : Работает на прежнем месте, полностью адаптирован в микро- и макросоциуме; приступов тревоги, беспокойства, сопровождающихся вегетативными расстройствами, не отмечалось.

А н а л и з н а б л ю д е н и я выявляет в преморбидном личностном складе гипертимные черты акцентуации (энергичность, живость, коммуникабельность, предприимчивость). Среди сверстников пациент выделялся быстротой реакции, находчивостью, остроумием, занимая нередко лидирующее положение в коллективе, легко справлялся с нагрузками (например, выполняя функции комсорга в классе). Несмотря

на доминирующий приподнятый аффективный тонус у пациента, на фоне психоэмоциональных нагрузок боевого стресса отмечаются периоды сниженного настроения, тревоги и беспокойства, что связано, главным образом, с выполнением служебных обязанностей (физическое переутомление, ответственность за жизнь подчиненных, ощущение постоянной собственной смертельной угрозы и т.д.). В рассматриваемом случае первое психотравмирующее воздействие (несение срочной военной службы в экстремальных условиях во Вьетнаме) явилось, вероятнее всего, фактором «сенсбилизации почвы», повторная (служебная командировка в Чечню в район боевых действий) - привела к острому началу заболевания с постепенным нарастанием тревожно-фобических переживаний и социальной дезадаптации. При разрешении психотравмирующей ситуации и под действием психотерапии произошла полная редукция психопатологической симптоматики.

Важно отметить, что невротические реакции независимо от клинических проявлений носили неразвёрнутый и нестойкий характер, неглубокий и преходящий характер социальной дезадаптации. Дезактуализация психотравмы, как правило, приводила к быстрой и полной редукции эмоционально-волевых и вазовегетативных реакций.

При дальнейшем прогрессировании заболевания наблюдалась тенденция к постепенному структурированию клинической картины, формированию более устойчивых симптомокомплексов.

Этап невротических состояний (20,9%) развивался в среднем спустя 1-3 года после перенесенного боевого стресса при отсутствии своевременной квалифицированной помощи и наличии продолжительных психотравмирующих ситуаций, значимых и неразрешённых для данной личности. Дополнительными астенизирующими факторами являлись переутомление, соматическое заболевание, психоэмоциональные нагрузки в быту, на работе. На данном этапе заболевания наблюдалось завершение структурирования ведущего син-

дрома ПТСР с преобладанием устойчивых базисных признаков, среди которых на синдромальном уровне выявлены астеногриппнический (49,4%), астенический (24,1%), астеноцефалгический (15,4%) и тревожно-фобический (11,1%), развивающиеся из астенического и тревожно-фобического вариантов невротических реакций.

В качестве клинической иллюстрации данного варианта с ведущим астеногриппническим синдромом приводим клиническое наблюдение 2.

А.Н.К., 1973 г.р., уроженец Томска, СОБР УБОП, начальник стрельбищ, находился в отделении пограничных состояний НИИ ИЗ ТНЦ СО РАМН с 7.12.2000 по 10.01.2001 с диагнозом “Посттравматическое стрессовое расстройство, невротический вариант”, шифр F 43.1 (история болезни № 32).

Из анамнеза жизни: Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в полной семье, единственным ребёнком, от физиологически протекавшей беременности и родов. Рос и развивался соответственно возрасту, болел изредка простудными заболеваниями. В дошкольном возрасте в незнакомой компании иногда чувствовал стеснение, робость, однако в целом адаптировался быстро. Рано научился читать и писать. В школу пошёл вовремя, учился на “отлично”, посещал музыкальную школу по классу баяна. Среди сверстников слыл “выдумщиком”, “заводилой” коллектива; выполнял функции комсорга класса, был оформителем стенгазет, принимал участие в школьных викторинах; предпочтение отдавал гуманитарным предметам. По характеру отличался уравновешенностью, целеустремлённостью, коммуникабельностью. Активно занимался спортом (баскетбол, каратэ, стрельба), участвовал в республиканских соревнованиях, достигнув значительных результатов в баскетболе. В 10-летнем возрасте во время тренировок по каратэ получил удар по голове с кратковременной потерей сознания, но за медицинской помощью не обращался.

Жалоб на здоровье не высказывал. После окончания 11 классов твердо решил стать юристом, поступил в ТГУ на юридический факультет; проучившись в течение двух лет, устроился в УБОП, продолжив обучение на заочном отделении. Учился ровно, взаимоотношения с коллегами и сокурсниками складывались хорошо, пользовался авторитетом. В 20 лет женился по любви, имеет двух детей, отношения в семье построены на взаимном доверии и понимании.

Анамнез болезни: Ухудшение состояния связывает с командировками на Северный Кавказ в район боевых действий в 1999 году, продолжительностью по три месяца (февраль-апрель, август-октябрь). Ранений и контузий не было. После возвращения отмечал нарастание слабости, повышенной утомляемости, бессонницу (с трудом засыпал, видел кошмарные сны, отражающие боевые будни, с отсутствием чувства отдыха при пробуждении). Сновидения были наполнены картинками, “фотографически” отображающими реальные события, в которых имели место моменты, угрожающие гибелью самому комбатанту или его товарищам. После незначительных интеллектуальных и физических нагрузок усиливалось ощущение внутренней напряженности, снижалось настроение, стремился к уединению, с трудом концентрировал внимание. Мысли и воспоминания о войне носили навязчивый характер, мешая сосредоточиться на текущих делах. На фоне психоэмоциональных нагрузок на работе стали нарастать раздражительность, несдержанность, несвойственные ранее пациенту, участились ссоры в семье. Обратился с вышеперечисленными жалобами в Реабилитационный Центр “афганцев” и был направлен в клиники НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН в отделение пограничных состояний.

Соматическое состояние: Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при

пальпации безболезненный. Симптомы Ортнера и поколачивания отрицательны с обеих сторон. Консультация терапевта: патологии не выявлено. Консультация невропатолога: Проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника в стадии умеренного обострения. Знаков очагового поражения ЦНС не найдено. Консультация окулиста: Глазное дно без особенностей. Показатели РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, ЭКГ, иммунного статуса в пределах нормы.

Психическое состояние: При поступлении выражение лица утомлённое, в контакт вступал неохотно, несколько настороженно, объясняя нежеланием “ворошить происшедшее”. О психотравмирующих событиях, связанных с военными действиями, говорит сдержанно, старается перевести разговор на другие темы. Предъявляет жалобы на стойкие нарушение сна: непродолжительный, с кошмарными сновидениями (“вижу окровавленное тело бойца, а в нескольких метрах его оторванную ногу”, “просыпаюсь в холодном поту”, “вздрагиваю во сне”), на навязчивые воспоминания о войне (при закрытых глазах возникают те же образы, что и в сновидениях, “в голове постоянно прокручиваются отдельные эпизоды боёв”). Стал раздражительным, вспыльчивым, тяготится общением с близкими, с коллегами по работе. Обеспокоен повышенной утомляемостью, истощаемостью к концу рабочего дня с нарастанием рассеянности, отвлекаемости. Причиной ухудшения состояния считает “нервные” перегрузки в период командировок в район военных действий. Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает в актуальном психическом состоянии неудовлетворённость настоящей ситуацией, высокий уровень напряжённости, что дезадаптирует больного в ближайшем окружении. Сохранены умение анализировать свои поступки, делать выводы из прежнего опыта, контролировать себя в проблемной ситуации с возможностью конструктивно перестроиться в критической ситуации. Высокий уровень активности позволяет реализовать свои организаторские способности.

Характерологическая структура детерминирована эпилептоидными чертами (уровень нормы). Познавательная сфера: память и внимание в пределах нормы, темп психической деятельности равномерен. Таким образом, по заключению психолога наблюдались снижение уровня стрессоустойчивости, активности, незначительная напряжённость, хороший уровень адаптивности у личности с эпилептоидными чертами (уровень нормы). Анализируя графический тест “качества жизни”, наряду с общими закономерностями в течении основного заболевания, указанными выше, было выявлено снижение (в субъективной оценке) показателей по нескольким осям: удовлетворённость положением в обществе (80%), нарушение семейных взаимоотношений (60%), общение с друзьями (60%), сексуальная активность (50%), материальный достаток (70%), озабоченность состоянием ухудшающегося здоровья (30%).

В ходе лечения (основной акцент был сделан на психотерапевтическом комплексе - рациональная психотерапия, аутотренинг, когнитивно-поведенческая; из психотропных препаратов использовались бензодиазенины — феназепам, ивадал; ноотропы, адаптогены; назначалась общеукрепляющая терапия наряду с физиолечением, ЛФК. При этом редуцировалась астеническая симптоматика, выровнялось настроение, дезактуализировалась психогенная ситуация; нормализовались взаимоотношения в семье, на службе. Выписан с полным выздоровлением. Оценка “розы качества жизни” показала существенные позитивные сдвиги, указывающие на высокий уровень социально-психологической адаптации пациента.

Катамнез через 9 месяцев: После выписки вышел на работу, вскоре было присвоено очередное воинское звание (капитан). Полностью адаптирован в семье и на службе.

Анализ наблюдения: в преморбиде у пациента отмечаются черты “сбалансированной” личности (уравновешенность, коммуни-

кабельность, целеустремлённость с высокой адаптивной способностью). Резкое изменение жизненного уклада (длительное пребывание в чрезвычайно угрожающей для жизни обстановке в условиях военных действий, необычные климатические условия) в сочетании с повышенным чувством ответственности за судьбу подчинённых, продолжающийся напряженный темп на работе («суточные» дежурства, «вынужденные переработки», отсутствие полноценного отдыха) привело к прогрессированию нервно-психических расстройств с ведущей астенической и диссомнической симптоматикой, приведшей к личностной дезадаптации. Под влиянием интенсивной психотерапевтической работы наблюдались полная регрессионная динамика психических расстройств у комбатанта и отчётливая гармонизация личности.

В данной исследуемой группе гармоничные черты личности отмечались у 65,7% комбатантов, акцентуантами по гипертимному типу были 8,2% обследованных, по психастеническому — 5,3%, по эпилептоидному — 5,2%. В служебные командировки выезжали большая часть обследованных - 76,6% (сроком по 2-3 месяца, не чаще 2 раз за весь период службы). К одним из наиболее постоянных показателей боевой нагрузки 57,1% комбатантов относили смертельную опасность (обстрелы, подрывы), 46,3% — стрельбу по противнику. Легкие контузии (не пролеченные) выявлены при опросе у 38,2% пациентов. Невротические состояния развивались достоверно чаще у офицерского состава в сравнении с рядовыми (64,8 и 35,2% соответственно, $P < 0,001$), что связано с высокими психоэмоциональными нагрузками (главным образом, ответственностью за жизни подчинённых). Анализ клинической динамики указывает на постепенное усложнение психопатологической симптоматики с формированием состояний, близких к «невротическим депрессиям». В целом описанные невротические проявления подчинялись ранее установленным закономерностям становления невротиче-

ского развития личности (Лакосина Н.Д., 1970, 1985; Асатиани Н.М. с соавт., 1984).

Этап невротического развития (2,1%) формировался под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций спустя 3 и более лет после перенесенного боевого стресса. К основным признакам этого этапа, по В.Я Семке (1986, 1990), относятся стабильность клинической картины, её малая зависимость от психогений, полисиндромность, длительность протекания (не менее 3 лет). Изучение патохарактерологических нарушений и механизмов изменения социально-трудовой адаптации позволило выделить следующие варианты невротического развития ПТСР у комбатантов: ситуационные, которые опирались на неблагоприятные средовые факторы и конституциональные (зависящие от конституционально-биологической предрасположенности личности). На синдромальном уровне они протекали в виде астенодистимических и тревожно-фобических проявлений.

Таким образом, изучение условий и особенностей формирования невротического варианта ПТСР позволяет указать на ряд критериев их ранней диагностики: появление на ранних этапах заболевания астенических, преходящих психоэмоциональных (в виде аномальных личностных реакций) и вегетативно-соматических нарушений; заострение преморбидных личностных черт у комбатантов; присоединение несвойственных ранее мозаичных черт; снижение общей активности и нарастание социально-трудовой адаптации.

5.2. Динамика патохарактерологического варианта

Личностные черты, приобретенные в специфических условиях войны, на момент пребывания в экстремальных условиях военных действий, в тот период носили нестойкий характер. Однако непосредственно после возвращения сами комбатанты, их близкие и коллеги по работе отмечали определённую изменённость, что было особенно заметно на фоне общего благополучия. В обстановке мирного времени у части обследованных выявлялись выраженные дезадаптивные качества. По законам формирования защитных механизмов характерологические особенности, названные «комбатантной акцентуацией» П.И. Сидоровым (1999), на данном этапе заострялись ещё больше, а в ряде случаев приобретали ярко выраженные патологические качества.

Патохарактерологический вариант наблюдался у лиц с выраженной акцентуацией характера и выявлялся при более неблагоприятной клинической динамике. В эту группу входило 43 человека (27,9%), у которых отмечено усложнение психопатологических, соматоневрологических, вегетативных симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов.

Возрастной состав данной когорты обследованных ($27,9 \pm 0,7$ лет) не имеет значительных отличий от первой группы ($28,3 \pm 0,5$ лет). Анализ микросоциального окружения комбатантов в детстве показывает, что превалировало воспитание в условиях неполного дома (30,2%), с появлением отчима (мачехи) в семье (11,6%) или воспитание у родственников (9,3%). По сравнению с группой невротического варианта, где нормальные условия воспитания отмечались в 60,4%, в данной анализируемой группе в указанных условиях воспитывались лишь 4,6%. Воспитание по типу безнадзорности выявлено в 20,9% случаев; в атмосфере семейных скандалов выросли 18,6% пациентов, противоречивого воспитания — 11,6%, главным образом, на почве алкоголизации ро-

дителей — 7,0%. Воспитание по типу «кумира семьи» составило 9,3% наблюдений, гипоопеки — 7,0%.

Для комбатантов данной анализируемой группы характерно преобладание ($P < 0,05$) преэпсихопатических качеств (55,8%) в сравнении с акцентуированными и гармоничными (32,5 и 11,6% соответственно). В 30,2% случаев наблюдалось патохарактерологическое формирование по эпилептоидному, в 20,9% - по возбудимому, в 13,9% (в равной степени) - по психастеническому и гипертимному, в 7,0% - истерическому и в 2,3% - по сензитивному типам. Присутствие данных личностных качеств накладывало патопластический отпечаток на процесс адаптации к условиям мирной жизни и даже спустя длительный промежуток времени (на момент обследования) придавало определенное своеобразие психопатологическим проявлениям. Заострение характерологических черт нередко отвечало основным критериям «уродств характера» (Ганнушкин П.Б., 1964; Кербинов О.В., 1971) и выявляло психопатологические феномены «комбатантной психопатизации». Наблюдаемые личностные девиации приводили к выраженной семейной дезадаптации в 25,6% случаев, формально адаптированными в семье были 41,9% комбатантов, не имели собственных семей — 16,3%. Полная семейная адаптация отмечалась также лишь у 16,3% обследованных. Анализ производственной адаптации среди работающих пациентов показал преобладание преимущественно профессиональной - 53,5%. Они, как правило, устраивались работать охранниками, сторожами, где можно было использовать накопленные в боевой обстановке привычки, навыки и умения. Часть пациентов (16,3%) в силу своих личностных особенностей, преимущественно с эпилептоидными и эксплозивными чертами характера, были полностью дезадаптированы и в семье, и на работе. Преобладание в поведении импульсивности, несдержанности, конфликтности, неуживчивости приводило к «срыву», они часто меняли место работы, этим отчасти объясняется высокий процент временно

неработающих в этой группе (30,2%). По социальному статусу 44,2% обследованных относились к военнослужащим, 11,7% — к работникам промышленной сферы; 4,6% занимались предпринимательской деятельностью, 9,3% были работниками сельского хозяйства (из числа сельских жителей).

Анализ психопатологических проявлений в зависимости от длительности и кратности пребывания в зоне боевых действий показал, что 51,2% комбатантов второй группы находились в специфических условиях войны в течение 7-12 месяцев, более 12 месяцев — 25,5%, что значительно отличает их от комбатантов первой группы, пребывание которых в подобных условиях чаще не превышало 3 месяцев. К причинам участия в военных действиях относились в основном срочная (60,4%) и контрактная служба (13,9%), кратность командировок в «горячие точки» составляла 3 и более. Наблюдения показали, что длительность пребывания более 6 месяцев и кратность командировок более 3 приводит к стойким и тяжёлым психопатологическим проявлениям у комбатантов. Среди факторов боевой нагрузки большинство пациентов (56,4%) отмечали смертельную опасность (обстрелы, подрывы), участие в эксгумациях и массовых захоронениях (34,4%), окружение, засады (17,5%).

Значительную роль в утяжелении исследуемых состояний играл также фактор экзогенно-органических и соматогенных вредностей. В 41,9% случаев он имел характер сложного генеза (как правило, сочетание перенесенных черепно-мозговых травм и алкоголизации); контузии средней и тяжёлой степени тяжести - в 20,9%. Системная алкоголизация выявлена у 23,4% комбатантов. 2 человека (4,6%) переболели инфекционными заболеваниями (один перенёс вирусный гепатит, второй — малярию). Среди соматической патологии достоверно чаще ($P < 0,05$) встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (60,5% в сравнении с 20,8% в первой группе и 10,0% — в третьей); болезни мочепо-

ловой системы занимали 9,3%, сердечно-сосудистой системы (в виде нейроциркуляторной дистонии и гипертонической болезни первой степени) — 16,3%. Необходимо отметить, что соматическая патология чаще носила сочетанный характер, например, патология желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей или мочеполовой системы, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы и т.д. У 7% сопутствующей патологии не выявлено.

С момента возникновения первоначальной патохарактерологической патологии у комбатантов до выявления аномального личностного облика с отчётливым нарушением социально-трудовой адаптации проходило в среднем от 1-3 до 5 лет. Аномальная перестройка структуры преморбидных личностных качеств на фоне перенесенного боевого стресса развивалась в несколько этапов: инициальный — этап патохарактерологических реакций, подострый — этап структурирования психопатического склада и конечный (стабилизации психопатического склада). В зависимости от преморбидных качеств пациентов и клинических проявлений нами выделены четыре типа психопатологических нарушений патохарактерологического варианта ПТСР: возбудимый (51,1%), тормозимый (16,2%), истерический (6,9%) и мозаичный (25,8%). На начальном этапе, соответственно характерологическим особенностям, у комбатантов возбудимого типа ретроспективно отмечались реакции крайней импульсивности, конфликтности, пациенты часто ввязывались в драки, вспышки дисфории «гасили» употреблением спиртного. Пациенты тормозимого склада отмечали на фоне сниженного настроения ипохондричность, тоскливый аффект с витальным компонентом, они стремились к уединению, становились вялыми, апатичными. Патохарактерологические реакции истерического типа формировались также на почве одноимённой акцентуации. Комбатантам были присущи инфантильный эгоцентризм, стремление противопоставлять себя коллективу, что нередко заканчивалось конфликтами.

Встречались суицидальный шантаж, имитация психопатологических симптомов. Реакции мозаичного типа, чаще тревожно-мнительного и одновременно эмоционально-ригидного круга, наблюдались в единичных случаях. Этап инициальных проявлений патохарактерологического варианта ПТСР выявлен на основании анамнестических сведений и отмечался на догоспитальном периоде. Обследованные нами комбатанты обращались, как правило, на этапе структурирования психопатического склада с ведущим психопатологическим синдромом.

В клинической картине данного варианта ПТСР доминировали состояния с аффективными проявлениями у комбатантов возбудимого типа. На синдромальном уровне ведущими были дистимический (39,6%), дистимико-ипохондрический (13,9%) и истероипохондрический (4,6%). Тревожно-субдепрессивный (32,6%) и обсессивно-фобический (9,4%) отмечались у комбатантов тормозимого и мозаичного склада характера. Дистимия отличалась явлениями раздражительности, недовольства и озлобленности, доходящими до агрессивного и асоциального поведения. У комбатантов выявлялась психическая гиперстезия к ранее малозначимым стрессовым воздействиям, что значительно осложняло их адаптацию в микро- и макросреде. Пациент становился источником постоянного конфликта и отчуждения от семьи. У лиц с дистимико-ипохондрическими включениями отмечались сниженный фон настроения, угрюмость, гневливость. Диагностика начальных форм гипертонической болезни или, например, гастрита сопровождалась у пациентов появлением убежденности в наличии у них серьезного заболевания, стремлением обследоваться в медицинских учреждениях различного профиля, в том числе в специализированных — кардиологическом, гастроэнтерологическом, онкологическом и др. Ухудшение здоровья пациенты связывали с перенесенным боевым стрессом, были склонны обвинять врачей в недостаточном к себе внимании («здоровье оставили на войне, теперь мы никому не нужны» и т.п.). Они были тре-

бовательны и негативистичны к врачам, не верили в успех лечения, проявляли обидчивость, ригидность. Для иллюстрации патохарактерологического варианта ПТСР с дистимическими проявлениями приводим клиническое наблюдение 3.

К.С.В., 1963 г.р., ГПС УВД, старший пожарник, проживает в Томске, находился в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН с 15.02. 2000 г. по 03.04. 2000 г. с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство, патохарактерологический вариант» (история болезни № 157).

А н а м н е з ж и з н и : У отца отмечались акцентуированные эпилептоидные черты характера: строгий, властный, неуступчивый, «тяжелый» в общении, но младшего сына (пациента) «баловал», уделял ему больше внимания, чем другим детям; работал лесорубом, является ветераном труда. Мать - домохозяйка, трудолюбивая, отзывчивая, впечатлительная. Одна из старших сестер (на 10 лет) унаследовала «отцовский» характер»: решительная, боевая, настойчивая. Другая сестра (старше на 9 лет) по характеру замкнутая, необщительная, отличалась странностями в поведении, больна шизофренией, параноидной формой, неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу. Брат (старше на 5 лет) по характеру ведомый, уступчивый, спокойный. В семье доминировал отец, его решения никогда не оспаривались. Пациент уважал отца и немного побаивался, поскольку одним из «любимых» его методов воспитания было физическое наказание.

Больной родился в срок от физиологически протекающих беременности и родов. В течение первого месяца жизни рос «крикливым» и беспокойным. В детстве переболел корью и ветрянкой. С 2-летнего возраста уже знал азбуку, рано начал читать, считать. Первые воспоминания - в 1,5-2 года. В 3-летнем возрасте перенес III степень обморожения пальцев, но «обошлись» без ампутации. С 5 лет начал рисовать, что впоследствии вылилось в серьезное увлечение (стал худож-

ником-графиком). В преморбидном периоде - уравновешенный, коммуникабельный, настойчивый в достижении намеченной цели. Дошкольных учреждений в селе, где рос ребенок, не было, рос под присмотром старших. Свободно общался со сверстниками на улице, к лидерству не стремился, но всегда имел свое мнение, которое иногда приходилось отстаивать «кулаками», проявляя настойчивость и упорство. В школе учился с интересом, легче давались гуманитарные предметы, очень любил рисовать (был оформителем школьных стенгазет). Привлекала литература научно-популярного и военно-технического содержания. Любил занятия физкультуры, особенно упражнения на турнике. Досуг проводил среди друзей, а также за рисованием, лепкой из пластилина, чтением книг, посещением кино. В школьные годы в 13 лет перенес аппендэктомию (под общим наркозом). После окончания 10 классов продолжил обучение в Топографическом техникуме, так как нравилось черчение (вырисовывание схем, карт). На практике работал в экспедиции. Однако, закончив 3 курса (не доучившись 6 месяцев в техникуме, где была военная кафедра), ушел «добровольно» служить в армию в 20,5 лет (1984-1986). В течение 7 месяцев проходил службу в Ташкенте, в войсках связи, стремился попасть в Афганистан («понять, на что я способен»), но добирался до цели долго. «Всех, кто хоть что-то умел делать — художников, музыкантов - туда не пускали», находили работу в Союзе. Пришлось неоднократно нарушать дисциплину, чтобы добиться отправки «на войну». В дальнейшем показал себя с достойных сторон, был замполитом отделения разведвзвода, редактором стенгазеты батальона. К самым тяжелым событиям в своей жизни относит гибель боевых товарищей, участие в боевых действиях, называя себя и своих сослуживцев «детьми не воевавших родителей» («мы старше своих родителей на целую войну, мы познали страх - сам вроде не боишься, а организм боится»); вспоминая, как попали под один из обстрелов, делился своими впечатлениями: «Лежим, прижавшись к зем-

ле, пули свистят над головой, между собой уже попрощались. И такое ощущение, что меня нет, только два глаза, а вместо тела - стальной тросик, думаю, ведь не попадут они в тросик...». Рассказывая о событиях 14-летней давности, «помнит все до мелочей», что сопровождается вазовегетативными (тремор, дрожь во всем теле, пятна гиперемии на шее, лице) и эмоциональными (голос дрожит, прерывается дыхание, на глаза наворачиваются слезы) проявлениями. Контузий, ранений не имеет. После демобилизации часто снились кошмары военного времени, стремился к уединению, много рисовал «для успокоения». По характеру стал более резким, обидчивым. Женился на 27 году (1990), в браке 2 сына (1990 и 1998 г.р.). После демобилизации и по настоящее время работает пожарником. Всегда болезненно реагировал на замечания в свой адрес, едва сдерживаясь, спасало рисование, успокаивало. В армии на первом году службы перенес пневмонию, на втором — гепатит, в 1986 г. вскоре после демобилизации — малярию.

А н а м н е з з а б о л е в а н и я: Ухудшение состояния отмечает с ноября 1998 г. в связи с конфликтной ситуацией по поводу получения квартиры: «был оскорблен» равнодушным отношением к себе со стороны городских властей. Продолжительное время на добровольных началах был одним из организаторов музея в Реабилитационном Центре «афганцев», чему уделял много свободного времени, «был на хорошем счету». Поэтому «болью в душе» отозвалось, когда про него «забыли» при распределении льготной жилой площади в очередном отстроенном доме. Вновь всколыхнулись события нелегкого военного времени, когда неоднократно был «на волоске» от смерти («тогда мы нужны были государству и про нас никто не забывал, отправляя нас на гибель»). Через год квартиру все же получил, но радости от этого события уже не испытывал: снизилось настроение, ухудшился сон, стал раздражительным, обидчивым, злобным, вспышки недовольства окружающими доходили до агрессивного поведения, что особенно прояв-

лялось в микроокружении (стал «поднимать руку» на жену, детей, чего прежде никогда не позволял себе), иногда уединялся и пил «горькую», назревала ситуация развода. Выявлялась психическая гиперестезия к ранее малозначимым стрессовым воздействиям. Снижился аппетит, сузился круг общения, пропало желание к рисованию, стремился к уединению, снизилось либидо. В последнее время нарастала утомляемость, с трудом переносил суточные дежурства, чувствовал себя напряженно, «близко к сердцу» принимал все трагические случаи на работе (перед глазами стояли картины с обгоревшими на пожаре трупами детей и т.п.). Часто всплывали в памяти эпизоды военных операций, что находило отражение в кошмарных сновидениях. «Разговаривал» с погибшими, испытывал чувство вины перед ними и их родственниками («я ведь обещал опубликовать в газете свои рисунки с их портретами, рассказать людям правду»). Госпитализирован в отделение пограничных состояний по направлению из Реабилитационного Центра.

Соматическое состояние: На верхних конечностях - следы обморожения. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, 74 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень пальпируется у реберной дуги, болезненность в пилородуоденальной области. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Консультация терапевта: Синдром вегетативной дистонии с склонностью к артериальной гипертензии. Хронический холецистит. Консультация невропатолога: Знаков очагового поражения ЦНС не выявлено. Диспластичен. Сколиотическая болезнь I степени, заторможенность сухожильных рефлексов. Консультация окулиста: Глазное дно — умеренная флебопатия сетчатки. РЭГ: Снижено пульсовое кровенаполнение в вертебробазилярном (слева и справа) и каротидном (слева) бассейнах. Слабо выражены признаки сосудистой дистонии. ЭКГ: Незначительное нарушение процессов реполяризации в миокарде левого желудочка. Иммунограмма: признаки вторичного

иммунологического дисбаланса интоксикационного генеза по Т-клеточному типу.

Психическое состояние: Среднего роста, нормостенического телосложения. В кабинет входит по приглашению медленной, тяжелой походкой, устало опускается на предложенное место, вздыхает. Выражение лица хмурое, угрюмое, настроение снижено, на собеседника во время беседы смотрит изредка. Во взгляде - обида, гнев, в голосе - недовольные нотки. Ухудшение состояния связывает с конфликтной ситуацией по поводу получения квартиры, когда был «оскорблен и унижен равнодушным отношением к себе». О событиях военного времени говорит сдержанно, но со злостью в голосе («чтобы понять, что такое война - это нужно почувствовать на собственной шкуре»), винит себя за то, что не сдержал обещание и не рассказал всем о погибших друзьях, видит их во сне, разговаривает с ними «как наяву». В последнее время стал вспыльчивым, обидчивым, склонным к импульсивным поступкам, конфликтным, на фоне чего участились ссоры в семье, с коллегами по работе. С трудом концентрирует внимание, стал напряженным, пессимистичным, снизилось либидо, сузился круг общения, утратил интерес к рисованию («нет вдохновения»). Экспериментально-психологическое исследование выявляет в актуальном психическом состоянии сосредоточенность на своих соматических ощущениях. Пики шкал - психопатии, ригидности, напряженности. На фоне нарастающей аффективной ригидности отмечаются такие черты, как застреваемость, категоричность, нетерпимость, повышенная обидчивость, ранимость. В поведении отмечаются импульсивность, непредсказуемость, неумение использовать прошлый опыт. В состоянии эмоциональной захваченности преобладают полярные по знаку эмоции. В личностно-значимых ситуациях может проявляться конфликтность. Плохо переносит однообразие, монотонию, стереотипный вид деятельности. Императивные способы воздействия вызывают протестное

поведение. Отмечено снижение социальных механизмов у личности с доминированием эпилептоидных черт. Значительных отклонений в когнитивной сфере не выявлено. В результате проведенных мероприятий в рамках ППК, ПТК (рациональная, личностно-реконструктивная, гетеросуггестивная, семейная психотерапия, музыкотерапия), ПФК (триптизол, неупелтил, феназепам, общеукрепляющая терапия), иммунокорректирующих мероприятий (тималин, адаптогены) сгладилась аффективная симптоматика, выровнялось настроение, редуцировались интрузионные проявления, симптоматика повышенной «активации», окреп физически, восстановилась трудоспособность, появилось желание рисовать (подарил отделению одну из зарисовок о службе в Афганистане).

Катамнез через год: После выписки из отделения продолжает работать пожарником в прежнем коллективе. Уровень адаптации во всех сферах жизнедеятельности удовлетворительный.

Анализ наблюдения: Наследственность отягощена психическим заболеванием (шизофрения) у старшей сестры. Преморбидная личностная структура детерминирована акцентуированными эпилептоидными чертами, унаследованными, скорее всего, от отца (обязательность, педантичность, упрямство, эгоистичность). Эти качества способствовали достижению поставленных целей (добился отправки в Афганистан, получил квартиру на льготных основаниях), преодолению жизненных трудностей, профессиональному росту (состоялся как художник-график, демонстрирует свои работы на выставках). На этапе предболезни преобладал возбудимый тип реагирования, всегда подолгу помнил обиду, переоценивая свои возможности, нередко ввязывался в драки, отстаивая свою правоту (в 17-летнем возрасте перенес ЧМТ с потерей сознания). Воздействие боевого стресса привело к заострению психопатологических черт, с выраженными симптомами повышенной «активации» в клинической картине (раздражительность со вспышками

гнева вплоть до агрессивных, импульсивных поступков, затрудненное засыпание, отсутствие чувства отдыха при пробуждении, трудность в концентрации внимания, что было несвойственно пациенту до воздействия стрессора) наряду с проявлениями аффективно-эмоциональной слабости, ангедонии, аддиктивного поведения. Повторные психические травмы производственного плана (в том числе гибель людей во время пожаров, особенно, детей), скорее всего, выступали в качестве «сенсбилизации почвы». Поэтому конфликтная ситуация, связанная с получением жилплощади, отличающаяся индивидуальной значимостью, привела к декомпенсации личностного расстройства, вызвала аффективное проявление болезни, по-видимому, по механизму «последней капли» (Семке В.Я., 1988).

Тревожная субдепрессия проявлялась сочетанием астенической и аффективной симптоматики. Переживание тоски, тревоги, беспокойства с ощущением внутреннего напряжения за собственную судьбу, жизнь и здоровье близких сопровождалось вялостью, усталостью, неспособностью сосредоточиться. Обследованные часто сообщали о предчувствии надвигающейся беды. Отношение к прошлому (довоенному периоду) носило идеализируемый характер, будущее же воспринималось пессимистично. Расстройства сна наблюдались чаще в виде тревожных, угрожающих сновидений. Типичными были вазовегетативные расстройства: сухость во рту, тахикардия, мышечная слабость, «звон и шум» в ушах. Повышенная тревожность, характерная для комбатантов с тормозимыми и неустойчивыми чертами, влекла за собой осознание необходимости активных действий для предотвращения «возможной надвигающейся беды, усиливала недоверчивость, порой — агрессивность. Внешне они нередко производили впечатление энергичных, решительных людей, но в экстремальных ситуациях им не хватало инициативности, убежденности в правильности принятого решения.

Обсессивно-фобический синдром отмечался у комбатантов с повышенной тревожностью, мнительностью, неуверенностью в своих силах. Наиболее чаще встречались кардиофобии. Начало заболевания они связывали с психотравмирующими ситуациями военного времени. Боевое переутомление, ожидание отправки в район боевых действий, длительное недосыпание вызывали различные вазовегетативные нарушения. Наиболее характерными были различного рода ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленные особыми представлениями о витальной роли сердца в жизни человека («замирание» или «остановка» сердца, «сильное сердцебиение», боли «колющего», «сжимающего» характера. Пациенты старались избегать малейшего перенапряжения, чтобы не спровоцировать приступ, увольнялись со службы, оберегая себя от «сильного потрясения» в боевой обстановке. Навязчивые фобические переживания вызывали расстройства сна в виде затруднения засыпания: кошмарные сновидения с фабулой военной тематики усиливали у них кардиалгические проявления, что подсознательно вызывало инсомнические нарушения.

Истериопохондрический синдром отмечался у 2 комбатантов (с выраженной истеровозбудимой акцентуацией в преморбиде) с включением типичных истерических механизмов (Семке В.Я., 1994) патологических расстройств: «нозофилии», «бегство в болезнь», «жажда внимания». Пациенты были демонстративны, стремились к гротескному изложению жалоб, фиксировались на своих переживаниях, требовали особого внимания к себе, считали себя тяжелобольными. Подчеркивали личную причастность к боевым успехам своих подразделений. У больных отличался специфичный мигрирующий характер ощущений («онемение» конечностей по типу «перчаток» и «носок», мутизм, парезы) в сочетании с самовнушаемостью, эгоцентричностью. В семье требовали немедленного выполнения своих требований, были склонны к демонстрации «страданий», активно искали сочувствия.

Таким образом, анализ клинических проявлений патохарактерологического варианта ПТСР указывает на синдромальные особенности заболевания. Ведущими в структуре пограничных нарушений данного варианта является нарастание аномальных характерологических свойств от первоначальной патохарактерологической симптоматики до выявления выраженных черт аномального личностного облика («комбатантной психопатизации») с отчётливым нарушением социальной адаптации.

5.3. Динамика неврозо-, психопатоподобного варианта

Изучение участия различных факторов в формировании и дальнейшем течении посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов показало, что в их генезе наряду с психогенным воздействием боевого стресса большое значение имел характер соматогенных и экзогенно-органических вредностей. Чаще всего наблюдалась церебрально-органическая патология сложного генеза. В частности, сочетание черепно-мозговой травмы с инфекционно-токсическим и сосудистым поражением головного мозга отмечалось в 45,5% случаев, тогда как сотрясение головного мозга, контузии и системная алкоголизация составляли соответственно по 25,0%; инфекционно-токсическое (клещевой энцефалит, церебральный арахноидит) — 5,0%. Соматическая патология была выявлена у всех комбатантов третьей группы (преимущественно сердечно-сосудистая — 45,0%). Для данного этапа было свойственно длительное формирование нервно-психической патологии; касалось это, как правило, участников «афганской» войны.

Прежде чем перейти к описанию динамики и клинических особенностей третьего варианта ПТСР, проследим значение конституционально-биологических и экзогенно-органических факторов в указанной патологии. Следует отметить, что большинству обследованных было

40 (20,0%) и больше лет: 41-45 лет — 55,0%, 46-50 лет — 25,0%. Исследование особенностей микросоциального окружения в детстве существенных отличий не выявило. В условиях полной семьи воспитывались 35% пациентов. Также, как и во второй группе (48,9%), преобладало воспитание в доме с одним родителем (45,0%). Чаще встречались противоречивая форма воспитания и по типу повышенной моральной ответственности (по 20,0%). 15,0% обследованных выросли в атмосфере семейных скандалов; в 30,0% случаев выявлены неправильные формы воспитания по типу «кумира семьи», гиперопеки и «в культе болезни» (в равной степени по 10,0%). Отмеченное преобладание неблагоприятных особенностей микросоциального окружения, несомненно, повышало риск психопатологических расстройств у комбатантов. Та же тенденция наблюдалась и при анализе преморбидных характерологических особенностей. Наряду с гармоничными качествами (15,0%) наличие выраженной акцентуации выявлено у 65,5% обследованных: эпилептоидный тип — у 35,0%, возбудимый — у 20,0%, шизоидный — у 5,0%, сензитивный — у 5,0%; препсихопатического склада — у 20,0%, возбудимого — у 15%, психастенического — у 5,0%. Преобладало преимущественно среднее и среднеспециальное образование (в 60,0% случаев), неполное среднее имели 10,0% обследованных. Остальные 30,0% имели высшее (20,0%) и незаконченное высшее (10,0%) образование.

В семье превалировало неадекватное отношение в силу нарастания патохарактерологических черт у пациента, что значительно снижало уровень семейной адаптации. У 65,0% отмечались формальные семейные отношения, в 10,0% случаев наблюдалась выраженная семейная дезадаптация (враждебные отношения с окончательным разрывом брачных условий). На производстве же они были более адаптированными (40,0%), коллеги ценили опыт и знание, высокий уровень профессиональных навыков. У 25,5% комбатантов отмечался уровень

преимущественно психологической (10,0%) или формальной (15,0%) производственной адаптации, что объяснялось нарастанием общеорганического личностного снижения и утратой полноценной трудоспособности (вплоть до инвалидизации третьей, реже — второй группы).

Основная часть обследованных данной группы выполняла срочную службу (85,0%), находясь в «горячих точках» (преимущественно в Афганистане). Продолжительность пребывания в условиях боевых действий составляла 6-7 месяцев у 42,0%, 12 месяцев и более — у 43,0%. 15,0% являлись участниками «чеченских» событий и выезжали в служебные командировки; после тяжёлых контузий и ранений они были отправлены в тыл. К постоянным атрибутам войны, вызывавшим тяжёлые психологические последствия, 71,4% комбатантов этой группы относили смертельную опасность (обстрелы, засады) и гибель боевых друзей.

В группе неврозо-, психопатоподобного варианта ПТСР в 100% случаев встречалась соматическая патология различной выраженности. «Прорыву в сому» чаще всего способствовали генетические дефекты либо истощение резервных адаптационных механизмов. Особенностью клинических проявлений данного варианта была непосредственная связь с состоянием соматического здоровья - действительно или мнимого. Обращали на себя внимание обособленность пациента, сосредоточение на личных проблемах, он неохотно шёл на контакт, но вместе с тем с удовольствием обсуждал всё, что касалось его болезненных переживаний.

Среди сопутствующей патологии у 45,0% комбатантов имелась сердечно-сосудистая (ИБС, гипертоническая болезнь второй степени), у 20,0% — болезни мочеполовой системы (простатит, хронический пиелонефрит), у 15,0% — хронические заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония). 20,0% отмечали другие соматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, эндокринные и др.). Как правило,

имело место сочетание нескольких патологий, поэтому мы сделали акцент на тех, которые оказывали существенное влияние на патогенез заболевания. В группе обследованных выявлялись изменения в иммунном статусе: снижение количества Т- лимфоцитов CD3⁺, CD4⁺ фенотипа, натуральных киллеров (CD16⁺ лимфоцитов), угнетение поглотительной способности нейтрофилов (Фч), нарушение соотношения хелперов/индукторов и цитотоксических супрессоров/эффекторов, активация гуморального иммунитета (повышение концентрации IgG).

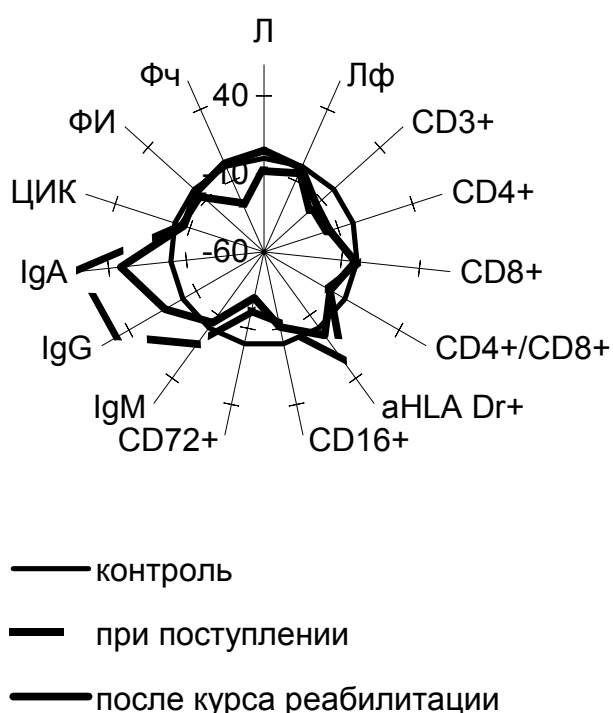


Рис.9. Показатели иммунограммы пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами у комбатантов третьей группы.

Выраженность соматических нарушений в значительной степени определяла особенности течения основного заболевания (Ветлугина

Т.П., Якутенок Л.П., 2000). В качестве примера типичной клинической динамики неврозоподобного варианта ПТСР приведем клиническое наблюдение 4.

Е.А.В., 1965 г.р., житель Томска, майор в/ч 3478, находился в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН с 02.08.2000 г. по 24.09.2000 г. с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство, неврозоподобный вариант у личности с психастеническими и нарастающими возбудимыми чертами», шифр F43.1 (история болезни № 922).

Из анамнеза жизни: Наследственность отягощена аддиктивной формой поведения у отца (алкоголизм). Дед по линии матери умер от рака желудка в 1991 г. на 82 году жизни. Отец работал главным механиком, был человеком грамотным, интеллигентным, но слабовольным, что привело впоследствии к алкогольной зависимости. По причине алкоголизации отца на фоне ссор и скандалов семья распалась, когда пациент учился в 8 классе. Мать по характеру была спокойной, мнительной (« всегда у нее что-нибудь да болело»), страдала гипертонией. Пациент родился единственным ребенком в полной семье. Рос застенчивым, нерешительным, боялся «пьяного отца», к трезвому же тянулся, интересно проводил с ним свободное время (рыбалка, охота, «разговоры о жизни» и др.). Перенес детские инфекции в легкой форме. На третьем году был болен «каким-то» простудным заболеванием (едва не закончившимся смертельным исходом). Посещал детский сад, где с трудом адаптировался, неохотно оставался на "пятидневку", плакал, скучал по дому. В школу пошел в 7 лет, учился средне. Жили в тесной однокомнатной квартире. Родители часто ссорились, поэтому пациент убегал к бабушке, уроки готовил поверхностно, большую часть времени проводил на улице. Способностями в школе не отличался, точные науки усваивал труднее. В общественной жизни и в художественной самодеятельности участия не принимал. До 5 класса

занимался легкой атлетикой, затем с переездом в новый микрорайон увлекся лыжным двоеборьем (прыжки с трамплина). Был бронзовым призером чемпионата России, много ездил по стране, нравилось путешествовать. В общении с девушками был робок, нерешителен. После окончания средней школы поступил в высшее командное училище МВД СССР и через 4 года (1982-1986 гг.) успешно его окончил. Отношения в коллективе были доброжелательные, пользовался авторитетом среди курсантов. По характеру оставался застенчивым, старался преодолеть в себе эти черты. Без особого желания в 1984 г. вступил в кандидаты КПСС, с этого же времени выполнял функции комсорга взвода.

С будущей женой познакомился в 1984 г. в Новосибирске. В 1987 г. поженились, жили в Узбекистане, куда пациент был распределен на службу по окончании учебы командиром взвода, с обязанностями справлялся. В новых условиях адаптировался быстро, работал добросовестно («на первом месте всегда была работа, а уж потом - семья»). Служба была связана с ненормированным рабочим днем и частыми командировками, с вышестоящим руководством конфликтов не было. Через 4 года переехал с семьей в Томск. Имеет троих детей: сыновьям 11 лет и 1 год, дочери - 10. В течение последних 2-3 лет ухудшились взаимоотношения в семье, долго не мог простить жене самостоятельного решения по поводу рождения младшего сына. Нарастали слабость, неуверенность в себе, в своих поступках, больше времени стало уходить на принятие решений. Из-за рассеянности внимания дольше заполнял документацию, на оформление которой раньше затрачивал минимум времени. Появились головные боли, эмоциональная неустойчивость, стал плохо спать. Отмечал «чувство внутреннего беспокойства - как натянутая пружина».

Анамнез заболевания: В 1987 г. переболел гепатитом. В 1989 г. диагностирована язвенная болезнь ДПК. Лечился в Бухаре. С этого времени находится на диспансерном учете с частыми рецидива-

ми. В 1991 г. в течение 2 месяцев (июль-сентябрь) находился в Нагорном Карабахе, участвовал, в урегулировании военного конфликта на стороне армян. На фоне психоэмоциональных переживаний повышалось артериальное давление, беспокоили головные боли, боли в желудке, раздражительность. В августе 1994 г. после укуса клеща в течение месяца находился в межвузовской больнице с диагнозом: «Клещевой энцефалит, лихорадочная форма». Наблюдался невропатологом, находясь на диспансерном учете. Проходил курсы ноотропной, сосудистой терапии. В 1995, 1996, 1997 гг. — 3 командировки в Чечню, в район боевых действий (с общей продолжительностью 9,5 месяцев). За этот период часто обострялась язвенная болезнь ДПК, лечился и амбулаторно, и стационарно. В 1996 г. после возвращения из Чечни с симптомами ПТСР пролечен в ТОПБ. Ухудшение состояния связывает с командировками в Чечню. Вспоминает первую поездку в район боевых действий, когда ехали в «полную неизвестность, знали только, что там стреляют и есть потери». Чем ближе подъезжали к Чечне, тем больше нарастало напряжение внутри, «отчетливее вырисовывался страх от реальных событий, хотя внешне никто старался не проявлять истинных переживаний». Пребывание в экстремальных ситуациях («особенно в условиях войны») значительно «изменило мировосприятие» пациента, что, главным образом, связывалось с «истинным отношением к людям, к человеческой жизни, резко возросла ее цена при полном осознании, что ты ответственен за жизни своих подчиненных». На каждый выезд на задание «брал только тех людей, которым доверял как себе. В экстремальных ситуациях жизнь ставит людей на свои места, и за довольно короткий срок узнаешь о человеке все или почти все». К концу каждой командировки отмечал состояние «морального истощения от постоянного напряжения», замыкался в себе. В период адаптации к условиям мирной жизни нарастали общая слабость, трудность в концентрации внимания, чувство волнения при выступлении

перед аудиторией, чего раньше не отмечал за собой, потливость; участились эпизоды с обострением язвенной болезни ДПК (2 раза в год), судорог в ногах, тремора в кистях, стал забывчивым, раздражительным, с трудом засыпал, сон поверхностный с кошмарными сновидениями о войне, ранними пробуждениями. Для "облегчения" чаще стал принимать спиртное. В семье ухудшились взаимоотношения, нет желания находиться дома, раздражает маленький ребенок. Пациент обратился к врачу по месту службы, где было рекомендовано лечение в НИИ ПЗ. Госпитализирован в плановом порядке.

Соматическое состояние: Астеническое телосложение. Умеренный цианоз губ. В легких - дыхание жесткое. Выслушиваются сухие рассеянные хрипы. Тона сердца ритмичные, 75 в мин. АД 140/95 мм рт.ст. На верхушке выслушиваются систолический шум за счет ПМК. Живот умеренно напряжен. Печень у края реберной дуги. Болезненность в пилородуоденальной области. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. ЭГДС: Дистальный эзофагит. Холазия кардии. Гиперпластические эрозии (фибринозная стадия), рубцовая деформация луковицы ДПК. Проксимальный дуоденит, папиллит. УЗИ внутренних органов: Умеренные диффузные изменения печени. Умеренный гидрокаликоз слева. Перегиб желчного пузыря. ЭКГ: Функциональная способность с сердца в покое удовлетворительная ЭхоЭКГ: ПМК-П ст. Консультация терапевта: Гипертоническая болезнь II стадия, медленно прогрессирующее течение. Проплапс митрального клапана. Язвенная болезнь ДПК, хроническое рецидивирующее течение на фоне эрозивного гастрита (антральный отдел желудка). Рубцовая деформация луковицы ДПК. Хронический описторхоз. Хронический холецистит. Хронический обструктивный бронхит. Консультация окулиста: Гипертензивная ангиопатия сетчатки. Консультация невропатолога: в позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет удовлетворительно, легкий тремор кистей рук; офтальмопареза, нистагма нет,

конвергенция ослаблена, зрачки $D=S$, слева слабее носогубная симптоматика, язык по средней линии. Тонус в руках сохранен, в ногах - гипотония, периостальные, глубокие рефлексy средней живости с рук $S>D$, коленные $S>D$, ахилловы $D=S$. Патологических знаков нет, чувствительность интактна. Последствия перенесенного клещевого энцефалита, рассеянная неврологическая симптоматика. ЭЭГ: Очаговой патологии не выявлено. Данных за эпи-активность нет. Показатели реактивности удовлетворительные. ЭхоЭГ: Смещения срединных структур головного мозга не выявлено. РЭГ: Пульсовое кровенаполнение снижено в каротидном бассейне. Признаки сосудистой дистонии с преобладанием гипертонуса мозговых артерий. Иммунограмма: лейкопения, умеренный лимфоцитоз, снижение поглотительной способности лейкоцитов, вторичный иммунологический дисбаланс, субкомпенсированный вариант, инфекционный синдром.

Психическое состояние: Астенического телосложения; аккуратно подстрижен, одет в спортивный костюм, подтянут. Внешне выглядит соответственно возрасту. Настроение снижено, пантомимика вялая, во взгляде - усталость, печаль. Обеспокоен участвовавшими приступами головной боли, что нередко сопровождается волнением, неуверенностью в себе, немотивированным чувством беспокойства. Нарушился сон, тревожат кошмарные сновидения о войне, воспоминания о боевых операциях носят навязчивый характер. В голове «прокручиваются» вновь и вновь последовательность неудачных операций, испытывает чувство вины перед погибшими, их родными. Нарастают раздражительность, слабость, головные боли с колебаниями артериального давления, частые обострения язвенной болезни ДПК. С трудом справляется с обычными нагрузками на работе, рассеян, усиливается тремор рук при малейшем волнении на работе, беспокоят судорожные стягивания в икроножных мышцах, чаще стал принимать спиртное для "облегчения" состояния, что приводит к ссорам в семье.

Фиксирован на проблемах со здоровьем, считает, что «оставил его на никому ненужной войне», («теперь мы никому не нужны» и т.п.). Старается избегать разговоров о войне, становится мрачным, замыкается в себе либо просит сменить тему беседы. Когнитивных расстройств не выявлено. Экспериментально-психологическое исследование выявило: к обследованию относится положительно, инструкции понимает, работу выполняет быстро. Профиль MMPI расположен от 70 до 110 т.б. Пики шкал — ипохондрия, астения, напряженность. В актуальном психическом состоянии следует отметить сосредоточенность на своих соматических переживаниях, что очень значимо для больного и приводит к ригидному стереотипу поведения по отношению к окружающим. Подобные переживания приводят к подавленности, угнетенности, снижению активности. Высокий уровень напряженности дезориентирует больного в ближайшем окружении, снижает адаптивные механизмы. Снижена способность отделять главное от второстепенного, что усиливает тревогу. Познавательная сфера без изменений, объем внимания несколько сужен. Темп психической деятельности снижен. Таким образом, исследование обнаруживает снижение стрессоустойчивости, высокий уровень напряженности, ипохондрическую фиксацию, нарастание ригидности у личности с психастеническими и нарастающими возбуждаемыми чертами. Интеллектуально-мнестических расстройств не выявлено. В процессе лечения (ПТК с акцентом на гипносуггестивной терапии; ПФК - эглонил, алпрозолам, ивадал, пирацетам, трентал, рибоксин, симптоматическая и общеукрепляющая терапия, физиотерапевтический и лечебно-физкультурный комплексы, иммунокорректирующее — тималин, декарис, адаптогены и ППК) произошло улучшение: выровнялось настроение, стал активнее, увереннее, редуцировалась астеническая симптоматика, дезактуализировалась проблема боевого стресса, стабилизировалось артериальное давление, снизились по интенсивности головные боли, уменьшилась фиксация на состоянии своего сома-

тического неблагополучия, редуцировалось ощущение «судорог в ногах».

Катамнез через год: Продолжает работу на прежнем месте, пользуется авторитетом среди сослуживцев. Выровнялись отношения в семье, больше свободного времени проводит с детьми, особенно с младшим сыном. Снизилась фиксация на состоянии своего здоровья. Регулярно занимается утренней гимнастикой, еженедельно посещает бассейн.

Анализ наблюдения выявляет в преморбидном личностном складе психастенические черты акцентуации (нерешительность, робость, застенчивость), что пациент постоянно стремится компенсировать (занятиями спортом с высокими результатами на чемпионатах России; выполнением функций комсорга и т.п.). Закреплению конституционально-обусловленных личностных качеств способствовала семейная ситуация в условиях гипоопеки и семейных скандалов на почве алкоголизации отца. При благоприятных микросоциальных условиях личность оставалась хорошо адаптированной в семейном и производственном окружении. Неоднократное пребывание пациента в чрезвычайно опасных для жизни военных условиях (начиная с 1991 г., Нагорный Карабах, 2 месяца, а в 1995, 1996, 1997 гг. — в Чечне — 9,5 месяцев в общей сложности), так и генетическая предрасположенность, наличие измененного преморбидного фона, включая резидуально-органическую, нейроинфекционную (перенесенный клещевой энцефалит в 1994 г.) недостаточность. Под влиянием ряда неблагоприятных факторов (перечисленных выше, включая соматогенное воздействие - гипертоническая болезнь II ст., язвенная болезнь ДПК, хронический описторхозный холецистит и др.), происходили нарастание церебрально-соматической астенизации и формирование неврозоподобной симптоматики ПТСР.

Аномальная перестройка структуры преморбидного характерологического склада на фоне церебрально-органической недостаточности головного мозга в результате экзогенно-органического воздействия, изменяющая содержание и формы личностного реагирования, механизмы и качество социальной адаптации больного, была обозначена как патологическое развитие личности экзогенно-органического генеза (Семке В.Я., Судаков В.Н., Ланская Т.А., 1986). Клинически перестройка преморбидной личности выражалась в нарастании в её структуре удельного веса патохарактерологических расстройств как в результате заострения или искажения присущих пациентам качеств характера, так и появления несвойственных ранее форм личностного реагирования. Исследование клинической динамики психопатоподобного варианта ПТСР позволило установить некоторое сходство в формировании нервно-психических нарушений экзогенно-органического генеза с характером церебрально-органической недостаточности у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, изученных В.А. Рудницким (1997) на этапе перехода болезни в хронический статус (этапе патологического развития личности). Выявлена последовательность и этапность психопатологических расстройств: начальный (астенический), структурирования аномально-го склада личности и патохарактерологического сдвига. Дальнейшая динамика заболевания приводила к общеорганическому снижению личности, что соответствует исследованиям в области экзогенно-органической патологии (Семке В.Я., 1986; Судаков В.Н., 1991; Рудницкий В.А., 1997).

Заболевание манифестировало (начальный этап) стойкими цефалгическими (30,0%) расстройствами спустя 1-3 года после органического поражения головного мозга (что чаще было связано с перенесенными контузиями и ранениями в голову), продолжительность составляла 1-2 года. Цефалгии носили постоянный характер, их локализация нередко совпадала с областью ранения. Комбатанты отмечали чрез-

вычайно тягостный характер болевых ощущений («распираания», «жара внутри головы», «голова словно чугунная») и терапевтическую резистентность в отношении анальгетических и сосудорасширяющих средств. Пациенты наряду с цефалгиями отмечали вялость, гиперестезию, вспыльчивость, явления вестибулярной и вазомоторно-вегетативной дисфункции в виде потливости, головокружений, гипергидроза, усиливающихся при перемене погоды, психогениях и переутомлении. В течение дня отмечались неустойчивое внимание с трудностью сосредоточения, быстрая истощаемость при умственной работе, неравномерный темп её работы. Часто им сопутствовали кошмарные сновидения, подавленное настроение, сексуальные дисфункции. При неврологическом обследовании обнаруживались признаки рассеянной неврологической симптоматики, вялость зрачковых рефлексов, снижение брюшных и оживление сухожильных рефлексов. На ЭЭГ наблюдались снижение а́льфа-индекса, деформация альфа-ритма, сглаживание межрегиональных различий.

Дальнейшее прогрессирование заболевания (этап структурирования аномального склада) наступало в результате воздействия не только психогенных (острых и хронических), но и массивных соматогенных и экзогенно-органических (чаще сложного генеза) вредностей на фоне продолжительной астенизации. Продолжительность его составляла 1-2 года. На фоне стойких аффективных (дистимических, дисфорических) нарушений у комбатантов происходило заострение характерологических черт с их трансформацией в патохарактерологические. Симптоматика приобретала полиморфный характер, в основном за счёт нарастания в клинической картине удельного веса факультативных проявлений.

При дистимико-цефалгическом (30,0%) варианте наряду с выраженной цефалгической симптоматикой отмечалась тенденция к углублению личностных изменений. Массивные психотравмирующие факто-

ры военного времени в значительной мере изменяли, трансформировали личность. Наиболее болезненно комбатанты реагировали в ситуациях при затрагивании военной («афганской», «чеченской») тематики. Резкость, максимализм суждений, грубое поведение свидетельствовали о перерастании стойкой астенизации в психопатизацию. Указанные проявления создавали комбатантам репутацию конфликтных, неуживчивых людей, настроенных «оппозиционно» в отношении близких, коллег по работе или даже случайных прохожих; приводили к дезадаптации в межличностном, социальном и профессиональном функционировании. Нарастание раздражительности и вспыльчивости часто являлось отражением эмоциональной лабильности, имея характер «раздражительной слабости» с появлением тревожной мнительности у возбудимых личностей (несвойственной им ранее) и её усилением у личностей тормозимого склада, что проиллюстрировано в клиническом наблюдении 5.

Д.С.Г., 1957 г.р., житель г. Томска, пенсионер, находился в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН с 01.03.1999 г. по 06.04.1999 г. с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство, психопатоподобный вариант, стойкий цефалгический синдром с ипохондрическими включениями», F 43.1 (история болезни № 216).

Из анамнеза жизни: Отец по характеру был замкнутым, угрюмым, но уверенным в себе человеком. В годы войны находился в плену (с 1942 г.), из-за попыток к бегству переводился из одного концлагеря в другой, в 1945 г. был приговорен к расстрелу, но за сутки до этого освобожден «союзниками». Работы «не боялся», трудился на шахте, на лесоповале, в котельной. Отношение к детям было ровное. Мать страдала бронхиальной астмой (инвалид II группы), несмотря на болезнь отличалась энергичностью, жизнелюбием, справедливостью, общительностью, умела делать все («могла одним топором из дерева вырезать прекрасный рисунок»). Никогда не повышала голоса на де-

тей, но все ее просьбы выполнялись беспрекословно, без повторного напоминания. Умело вела домашнее хозяйство, лидируя в семье. Со старшим братом (на 7 лет) лишь изредка переписываются, тот уехал служить в армию на Сахалин в 1972 г., где проживает по настоящее время. Обе старшие сестры (1940 и 1947 г.р.) относились всегда к пациенту как к любимому младшему брату, взаимоотношения с их семьями также доброжелательные и заботливые. Материальные условия семьи были «чуть выше среднего», так как всегда держали много скота, проживая в деревне, отец к тому же «хорошо» зарабатывал, но детей никогда не баловал излишествами.

Пациент родился младшим в семье ребенком от физиологической беременности и родов. Рос и развивался соответственно возрасту, общительным, веселым, подвижным ребенком. Собирал вокруг себя друзей, играли в разные игры (« в войну», «в городки», «в лапту» и др.), но чаще всего уходили с друзьями в лес или на речку. С раннего детства очень любил природу. Детские дошкольные учреждения не посещал, рос под присмотром бабушки и старших сестер. К новым условиям адаптировался легко. В школу пошел в 7 лет, учился «не важно», так как из-за домашней работы оставалось мало времени на подготовку к урокам («что в школе запоминал, то и отвечал учителю»). Близких друзей было много, отличался уверенным, рассудительным характером, но из друзей никого не выделял, общался ровно и с девочками и с мальчиками. В школе избирался членом комитета ВЛКСМ, заведовал сектором порядка, сектором радио и печати. Начиная с 8 класса, резко улучшилась успеваемость - переехал из деревни в город к сестре, которая помогала разбираться в неясных вопросах. Стал больше читать («перечитал всю школьную библиотеку»). Мечтал стать военным. После окончания средней школы поступил в ТПИ на вечернее отделение. До сих пор с обидой в голосе говорит, что из-за домашних сельхозработ опоздал на вступительные экзамены на дневное отделение, в свя-

зи с чем осталась неприязнь к сельскому труду по сей день. Окончив III курс, перевелся на дневное отделение. В любой коллектив вливался быстро, учеба в вузе давалась легко, на IV курсе был избран в состав комитета комсомола факультета, к лидерству не стремился, но, обладая уравновешенностью, умением сопереживать, пользовался авторитетом среди товарищей. После окончания института (1980) во время «сборов» был отправлен в Афганистан в составе диверсионной разведывательной группы, где пробыл 17 дней, потеряв 8 бойцов. Сам был контужен (от взрыва мины) и отправлен на Большую Землю. Боль потери своего заместителя и бойцов копилась в душе, не мог этим поделиться ни с кем, даже находясь в состоянии опьянения. Вернувшись с войны, «повзрослел лет на десять»; за короткий срок («17 дней!») произошла переоценка ценностей. В характере стал отмечать ранее несвойственные качества - замкнутость, угрюмость, стремление к уединению, пассивность, недоверчивость к подчиненным, нарастали обидчивость, злопамятность. Часто уезжал на рыбалку в самые заброшенные места. Женился в 1982 г. (в 25 лет), родились два сына (1983 и 1985 г.р.). Отмечал, что после возвращения из Афганистана стал более раздражительным, нетерпимым. Пережил еще ряд психотравм: в 1981 г. умер отец, в 1984 г. - на 20-й день жизни - сын от пневмонии. Через 20 дней после этого умерла мать («жизнь которой подкосила смерть внука»). Все эмоции по-прежнему продолжал подавлять «в себе», иногда «прикладываясь к спиртному».

Трудовая деятельность складывалась удачно, после возвращения из Афганистана предлагали продолжить военную карьеру, но к тому времени пациент уже разочаровался в этой профессии. Работал в УВД, в колонии, начальником производства до 1992 г., с 1992 по 1996 г. — в должности главного инженера (в ЯУ 114/4), откуда и ушел на пенсию в звании старшего лейтенанта. К коллегам по работе был предельно требователен, во всем любил порядок, пунктуальность. С на-

чальством же нередко конфликтовал, отстаивая свою точку зрения, на компромисс с «противоборствующей» стороной идти категорически отказывался. На фоне конфликтов у пациента отмечались неприятные ощущения в области сердца, колебания настроения (преимущественно в сторону снижения), головные боли как психогенно обусловленные, так и метеозависимые. Начиная с 1994 г., стал систематически принимать алкоголь, и когда почувствовал, что формируется «зависимость» (что отразилось и на взаимоотношениях в семье, существование которой ставилось под угрозу), самостоятельно принял решение и в «одночасье» отказался от спиртного.

Анамнез заболевания: С 1994 г. отмечает усиление метеотропных головных болей, колебания артериального давления с тенденцией к повышенному, колющие боли в области сердца. После выхода на пенсию (1996) появилось «непривычно много свободного времени», позже присоединилось чувство ненужности («друзья почти перестали заходить»). Единственной отдушиной по-прежнему оставалась природа. В характере нарастали раздражительность, вспыльчивость, участились конфликты с женой, стремился уходить из дома, чтобы не слышать упреков в свой адрес. В связи с известными событиями в Чечне вновь «ожили» воспоминания и боль утраты своих сослуживцев. Нарушился сон, участились сновидения военного содержания. С 1997 г. присоединились боли в поясничной области, «голодные» боли в эпигастрии, непостоянная изжога. Указанные нарушения приводили к снижению трудоспособности и вынуждали больного обращаться за медицинской помощью. Обследовался в различных терапевтических стационарах, выраженной соматической патологии обнаружено не было. В 1999 г. при ЭФГДС выявлена рубцовая деформация луковицы ДПК. На фоне психоэмоциональных переживаний («непонимание» в семье, чувство гнетущего одиночества, беспокойство по поводу своего здоровья) ухудшилось состояние: отметил снижение памяти на текущие события,

непереносимость жары, усилились головные боли, которые стали носить постоянный характер, появились высыпания на коже предплечий. Госпитализирован в клинику по обращению.

Соматическое состояние: Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, умеренно жесткое с затяжным выдохом. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ослаблены. АД 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень у края реберной дуги. Болезненность в пилородуоденальной области. Отеков нет, симптом поколачивания (+) справа. ЭКГ: Функциональная способность сердца в покое удовлетворительная. Консультация терапевта: Язвенная болезнь ДПК, рубцовая деформация луковицы ДПК. Хронический описторхоз. Хронический гепатохолецистит. Кардиалгический синдром вегетативных нарушений. Консультация невропатолога: Резидуальные микрозноки в виде левосторонней пирамидизации травматического генеза. Аномалия люмбосакрального перехода, синдром люмбалгии вне обострения. Консультация окулиста: травматическая парциальная катаракта ОД. Флебопатия сетчатки. РЭГ: Признаки цереброваскулярной недостаточности: снижено пульсовое кровенаполнение в каротидном и вертебробазиллярном бассейнах за счет выраженного гипертонуса мозговых артерий. Затруднен венозный отток. ЭЭГ: Нарушение корково-подкорковых взаимоотношений на фоне умеренных общемозговых изменений.

Психическое состояние: Астенического телосложения. Выглядит соответственно возрасту, коротко подстрижен, аккуратен, подтянут. Пантомимика вялая, во взгляде - усталость, грусть. Голос тихий, тембр мягкий, спокойный. Настроение снижено. Держится свободно, с достоинством, дистантен, подчеркнуто вежлив. Анамнестические сведения излагает охотно, старается полно и подробно осветить обстоятельства, играющие, по его мнению, решающую роль в возникновении его болезненного состояния. Стремится представить себя в «бо-

лее выгодном свете». В беседе быстро утомляется, истощаем. Жалуется на головные боли, которые носят интенсивный постоянный характер (в височных областях — пульсирующие, в лобной — давящие с иррадиацией в надбровные дуги и глазные яблоки, в затылочной - ощущение тяжести). При воспоминаниях о событиях, пережитых в Афганистане, становится угрюмым, немногословным, усиливаются вазо-вегетативные реакции, на глаза наворачиваются слезы. Считает, что события того времени «перевернули всю его жизнь», в свое время не мог ни с кем поделиться, почувствовать поддержку, успокоиться, «подавлял все эмоции в себе»; «те 17 дней постоянно живут в моей памяти, отдаются болью в душе», во снах до сих пор фотографически отражаются эпизоды военного времени, особенно лица погибших бойцов. Свое состояние характеризует как безрадостное. Наряду с замкнутостью стал отмечать несвойственные ранее ему качества в характере: раздражительность, несдержанность, обидчивость. С возрастом труднее стало контролировать свои поступки, «держаться в руках», вначале срывался дома, на родственниках, позже стали возникать конфликты на работе. Боль утраты «загонял в себя», что копилось в течение жизни, «обрастая» новыми переживаниями (смерть отца, сына, матери), увольнение с работы, ощущение «ненужности»; сузился круг общения, фиксирован на мрачных сторонах жизни, соматическом неблагополучии. Фон настроения неровный, эмоционально лабилен, гневлив. Экспериментально-психологическое исследование выявляет в актуальном состоянии сосредоточенность на своих соматических ощущениях, что значимо для больного и приводит к ригидному стереотипу поведения. Снижена способность отделить главное от второстепенного, что усиливает тревожность и дезориентирует в ближайшем окружении. Снижен уровень активности, отмечаются нарастающая ригидность, повышенная чувствительность, напряженность, снижение способности к конструктивному поведению по отношению к окружающим,

ипохондричность, склонность к формированию труднокорректируемых концепций, эмоциональная нестабильность у личности с эпилептоидными чертами. Память снижена, кривая запоминания 5,5,3,5,6. Отмечаются персеверации, продуцирование новых, сходных по звучанию слов. Объем внимания сужен, темп психической деятельности снижен. В процессе лечения (ПТК - рациональная, аутотренинг, гетеросуггестивная, личностно-реконструктивная, семейная психотерапия; ПФК - эглонил, сонапакс, феназепам, кавинтон, дегидративная, ноотропная, общеукрепляющая и иммунокорректирующая терапия - На-нуклеинат, тактивин, адаптогены; физиолечение, ЛФК) выровнялось настроение, уменьшились проявления повышенной «активации», связанные с боевым стрессом, разрешились семейные проблемы, снизились по интенсивности цефалгии; сохраняются мнестические расстройства, метеозависимость.

Катамнез через 2 года: после выписки из отделения наблюдается амбулаторно, состояние удовлетворительное; подрабатывает («таксует» на собственном автомобиле), много времени проводит на даче (занимается ее реконструкцией). Уровень семейной адаптации удовлетворительный.

Анализ наблюдения: Наследственность отягощена по патохарактерологическим качествам по линии отца (замкнутость, шизоидность) и соматически по линии матери (бронхиальная астма). Раннее развитие привело к формированию акцентуированных черт эпилептоидно-дефинзивного круга с гармонизацией личности в студенческие годы. Первый психологический срыв связан со службой в Афганистане (выполнение диверсионно-разведывательных заданий с гибелью восьми бойцов и заместителя): после кратковременного срока службы (17 дней) резко изменился по характеру («после войны повзрослел на 10 лет»), стал замкнутым, угрюмым, недоверчивым. Этот период жизни можно трактовать как постреактивное развитие личности мозаичного

склада (формирование эксплозивных, ригидно-эпилептоидных, шизоидных качеств, несвойственных ранее пациенту). Патохарактерологическая симптоматика в последующем перекрывается органическими знаками (как следствие перенесенной контузии в Афганистане). Настоящее ухудшение состояния формируется на протяжении 4-5 лет и связано с рядом факторов: временной зависимостью от алкоголя (которую прервал самостоятельно), неподготовленным уходом на пенсию, а также присоединением соматического неблагополучия. В психическом статусе отмечаются сужение круга интересов, ипохондрическая фиксация, застреваемость на эгоцентрических событиях, а также стойкие цефалгии на фоне астенических и агрипнических проявлений. Таким образом, дальнейшая динамика нервно-психических расстройств определялась уже не преморбидными, а «новыми», вновь приобретенными патохарактерологическими особенностями вследствие перенесенного сверхсильного воздействия боевого стресса, а также экзогенно-органических вредностей (контузия головного мозга в 1980 г. и аддикции).

Дистимико-дисфорический вариант (20,0%) отличались наличием стойкого расстройства настроения в виде сочетания напряжённых аффектов тоски и злобы. Отличительной особенностью данного синдрома являлись выраженные поведенческие нарушения в виде конфликтности, грубой демонстрации аффекта гнева и ярости, с застреванием на отрицательно окрашенных переживаниях, склонности к разрушительным действиям вплоть до криминальных поступков. У исследуемых имело место злоупотребление алкоголем с преобладанием атактической мотивировки. Комбатанты отличались крайней импульсивностью, брутальностью, непредсказуемостью и тяжестью поведенческих проявлений. У части больных выявлялось желание вернуться назад в обстановку военных действий, которое имело своеобразную интерпретацию («там точно знаешь, кто друг, а кто враг», «там чувствуешь себя

нужным»). На производстве они не могли без раздражения общаться с окружающими, часто «срывались», требовали безоговорочного подчинения. Типично было положение «домашнего тирана»: в кругу родных и близких людей они проявляли злобность, агрессивность, нетерпимость.

Когнитивные нарушения выражались преимущественно в повышении психической истощаемости, снижении способности запоминания и воспроизведения (особенно имён собственных, названий улиц, справочных данных), ухудшении умственной продуктивности. Пациенты вынуждены были пользоваться записными книжками, контролировать свою работу, что значительно уменьшало её объём. При неврологическом обследовании у них выявлялись симптомы двухсторонней пирамидной недостаточности; в 80% случаев регистрировались диэнцефальные кризы, среди которых чаще всего наблюдались симпатoadреналовые приступы.

Наличие соматического заболевания являлось фактором, приводящим к повседневному психическому травмированию, фиксируя внимание человека на болезненном физическом неблагополучии. Длительно текущее соматическое заболевание приводило к личностным изменениям. Пациенты не доверяли врачам, обвиняли в непонимании и недостаточном внимании к проблемам своего здоровья близких, настаивали (порой необоснованно) на проведении сложных диагностических процедур, обращаясь за помощью в подразделения социальной защиты (для ускорения их проведения), мотивируя тем, что «здоровье они оставили на войне».

На третьем этапе (патохарактерологического сдвига) наблюдалось качественное изменение симптоматики. На первый план выступало нарастание вязкости, инертности психических процессов. Клиническая картина в меньшей степени зависела от психогенных факторов, определялась трансформированными или усиленными личностными

качествами пациента. На этом этапе происходила утрата чётких границ между группами, выделенными в соответствии с преобладающими клиническими феноменами. К основным из которых мы относили стойкие цефалгические расстройства (в виде «онемения левой половины головы и лица в месте осколочного ранения», ощущение «тяжести, несвежести» в голове), упорные агрипнические жалобы с пугающими, устрашающими сновидениями («вижу, как на моих глазах подрывается на mine и разрывается на части мой друг», «расстреливают моих близких, а я не могу им помочь», «просыпаюсь с ощущением липкой тёплой крови на руках, чувствую даже её запах» и т.п.); сложные ипохондрические переработки по типу кардиалгических, сенестопатических включений, склонности к агравации и рентным установкам.

В отдельных случаях (в 10,0%) наблюдались эпилептиформные пароксизмы по типу abortивных приступов (судорожные подёргивания мимической мускулатуры, устремление взгляда в одну точку с резким побледнением лица и внезапным прерыванием деятельности), имевших достаточно отчётливый психогенный запуск и связь с черепно-мозговой травмой в анамнезе.

В случае, когда на первый план выступали прогрессирующие церебрально-органические нарушения, наблюдался переход к общеорганическому снижению личности (в 10,0% случаев). Мышление становилось тугоподвижным, обращали на себя внимание выраженная обстоятельность, олигофазичность. В характере наблюдались изменения в виде утраты чувства такта, появление назойливости в общении. Значительно была затруднена корректировка поведения у лиц с эйфорическим фоном настроения, поскольку у них обычно существовало убеждение в полном благополучии своего состояния. Они легкомысленно относились к выявленной серьёзной патологии, формально и нерегулярно выполняя рекомендации врача.

Таким образом, особенностями неврозо-, психопатоподобного варианта ПТСР являлись: 1) отсутствие отчётливой связи патохарактерологических образований с типом преморбидной личности; 2) выраженность и зависимость степени нарушения социально-трудовой адаптации со стойкостью патохарактерологических и церебрально-органических нарушений; 3) нарастание признаков общеорганического снижения личности.

В целом проведённый психопатологический анализ различных форм пограничных нервно-психических нарушений у комбатантов позволил выделить особенности каждого типологического варианта ПТСР, что позволило определить критерии их ранней диагностики, разработать принципы проведения реабилитационных и превентивных мероприятий, адаптировать их и рекомендовать для внедрения в практику общесоматических учреждений.

Глава 6

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРЕВЕНЦИИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ
У КОМБАТАНТОВ

Терапия посттравматических стрессовых расстройств наряду с общими принципами лечения пограничных нервно-психических расстройств имеет свои особенности, представляя один из наиболее сложных разделов современной терапии (Александровский Ю.А., 1999; Семке В.Я., 2000; Wernie U., 1993; Hutzell R.R. et al., 1997).

В основу лечебно-реабилитационных мероприятий ПТСР у комбатантов положены следующие принципы:

I. Комплексного подхода терапевтической тактики при ПТСР, который обеспечивал сочетанное воздействие на отдельные предрасполагающие и реализующие факторы и позволял укрепить слабые звенья патогенеза, предупредить и скорректировать возможные срывы адаптации.

II. Индивидуально-прогностический подход учитывал уникальный путь восстановления каждого комбатанта после перенесенного стресса. Психокоррекционные методики строго базировались на знании индивидуально-личностных особенностей пациентов; преодоления среди них феномена недоверия к специалистам в области психического здоровья; применения особенно гуманного и щадящего подхода к комбатантам в целях исключения повторной психической травматизации; на проведении анализа «факторов риска» и структурно-динамических закономерностей возникновения и развития у них посттравматических стрессовых расстройств.

III. -Поэтапности, последовательности, включающий проведение комплексных реабилитационных подходов с оценкой типологической личностной структуры и продолжительности нейродинамических сдви-

гов; ведение пациентов согласно режимам наблюдения, разработанных в отделении пограничных состояний: «кризисного», «базисного» и «регрессиентного». На «кризисном этапе отражалась острая стадия заболевания, которая требовала всесторонней оценки психотравмирующей ситуации (боевого стресса) с возможностью раннего предотвращения ауто- и аллодеструктивных тенденций. Особенностью этого периода являлся охранительный характер психотерапевтического воздействия. «Базисный» этап предусматривал тщательное рассмотрение «внутренней картины» болезни (с оценкой как боевого фактора, так и резервных сил организма); основные лечебные мероприятия осуществлялись именно на этом этапе и характеризовались как лечебно-активирующие. На «регрессиентном» этапе решались проблемы преодоления торпидности патологического процесса, психотерапевтические методики носили активирующую направленность (нейролингвистическое программирование, личностно-реконструктивная, «семейная» и др.), преследующие основную цель быстрого включения комбатанта в социально-производственную семейную среду, формирование «мотивации на полное выздоровление».

IV. Дифференцированного воздействия, соблюдавшийся для устранения психопатологической симптоматики у комбатантов с использованием комплексных психотерапевтических и психофармакологических мероприятий с учётом выявленных типологических подгрупп и различных вариантов клинической динамики посттравматических стрессовых расстройств.

V. Преемственности - предусматривал осуществление лечебно-профилактических мероприятий согласно трёхэтапной системе: 1) выделение основных потоков с проведением мероприятий в амбулаторных условиях (Реабилитационный Центр), которые носили психопрофилактический и общеукрепляющий характер; 2) выполнение основного реабилитационного курса, проводимого в условиях открытого психи-

атрического отделения в стационарных и полустационарных условиях с использованием различных терапевтических методик с постепенным переходом от психофармако-логического комплекса (для нормализации общего психологического фона и коррекции расстройств сна и поведенческих девиаций) к психотерапевтическому комплексу (в начале использовались методики релаксации и ауторегуляции с переходом к личностно-реконструктивным техникам); 3) проведение завершающего реабилитационного курса посредством поддерживающих методов с формированием дискуссионных групп и групп поддержки, возглавляемых самими комбатантами и методическим обеспечением их со стороны специалистов. Он рекомендовался в рамках амбулаторного цикла в Реабилитационном Центре. В необходимых случаях проводилось краткосрочное назначение транквилизаторов (3-5 дней), как правило, для устранения диссомнических расстройств.

VI. Учёта нейрофизиологических и нейродинамических сдвигов.

VII. Создания организационной основы для проведения лечебных, реабилитационных и превентивных мероприятий с обязательным включением принципа межведомственности (секториальности) ведения обследуемых комбатантов.

Одним из важных специфических принципов проведения психосоциальной реабилитации комбатантов являлся инициативный характер их осуществления (активное вовлечение обследованных в процесс реабилитации через распространение информации об оказываемой помощи в поликлиниках, медицинских стационарах, по объявлениям в газетах, по радио и телевидению с целью формирования у них положительной мотивации на проведение реабилитационных мероприятий).

Для проведения лечебно-профилактических мероприятий использовался ряд терапевтических комплексов — психофармакологический, психотерапевтический и психопрофилактический. Центральным звеном воздействия являлся психотерапевтический комплекс. Психотерапев-

тическая работа с комбатантами протекала в три этапа: 1) преодоление феномена недоверия, дающее право на «получение доступа» к охраняемому травматическому материалу; 2) помощь пациенту по отреагированию травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчуждённостью и др.); 3) анализ и коррекция семейных отношений, восстановление отношений с друзьями, обществом.

Полученные результаты комплексного исследования указали на необходимость разработки новых методических подходов к проведению лечебно-профилактических мероприятий для комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Для преодоления специфической патологии у участников военных действий предложены дифференцированные реабилитационные программы, учитывающие характер боевого стресса (тип психогений), преморбидный склад личности, влияние predisponирующих соматоорганических факторов. Наиболее эффективной технологической моделью оказания поэтапной специализированной помощи этим пациентам явился центр по реабилитации лиц, подверженных чрезвычайным стрессовым воздействиям. В центре осуществлялись: разработка и внедрение методов раннего выявления больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами; улучшение диагностической работы с использованием научно обоснованных клинических, параклинических (биохимических, иммунологических, нейрофизиологических, социально-психологических) методов обследования; реализация принципов патогенетического лечения пограничных нарушений; оказание высококвалифицированной социальной поддержки с включением психотерапевтического, психофармакологического и психопрофилактического комплексов.

Функционирование реабилитационного центра предусматривало оценку степени тяжести длительности посттравматических стрессовых расстройств: при лёгких, острых формах — в условиях амбулаторного

звена; при подострых и более затяжных — в полустационарных условиях (ночной, дневной стационары, профилакторий); при стойких, затяжных, труднокурабельных расстройствах — в стационаре (отделение пограничных состояний при клиниках НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН). Амбулаторный — касался пациентов с не резко выраженными невротическими (неврозоподобными) состояниями и личностными декомпенсациями: центральным звеном лечебного влияния являлся психотерапевтический комплекс (ПТК), а также сочетание психофармакологического (ПФК) и психопрофилактического (ППК) комплексов. Основу базисной терапии составило воздействие ПТК (рациональная терапия, аутотренинг, когнитивно-поведенческая), применение адаптогенов (экстракт родиолы розовой, элеутерококка) в первой половине дня, препаратов седативного спектра растительного происхождения (валериана, новопассит), либо терапевтические дозы транквилизаторов — «седатиков» (феназепам, элениум, ивадал) — во второй. Особенности ПТК являлись «кризисное» разрешение конфликта, дезактуализация боевой травмы, нормализация производственных и семейных отношений за счёт мобилизации резервных способностей организма. Этап полустационарного лечения предусматривал при наличии подострой динамики ПТСР (длительностью от одного до трёх лет) с соблюдением принципов комплексности и дифференцированности выполнения реабилитационных программ, с учётом влияния соматоорганических вредностей. Базисная терапия строилась на сочетанном воздействии ПТК (рациональная, гетеросуггестивная, личностно-реконструктивная, семейная), ПФК (транквилизаторы — реланиум, феназепам, анксиолитики с антидепрессивным эффектом — альпрозалам, корректоры поведения — неулептил, сонапакс) и ППК (формирование «здорового образа жизни», оптимизация межличностных семейно-социальных контактов). На третьем этапе применялись реабилитационные программы в условиях стационара при затяжных, стойких и труднокурабельных пограничных

расстройствах (при длительности не менее трёх лет): сочетание психофармакологического комплекса (с учётом часто встречавшихся соматических и экзогенно-органических ослабляющих факторов наряду с лечением психотропными средствами осуществлялась и общеукрепляющая терапия), «интенсивной» психотерапии и психопрофилактического комплекса.

С учётом изложенного нами были разработаны пять основных дифференцированных программ реабилитации, направленные на лечение и превенцию посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов.

Первая программа реабилитации использовалась при лечении пациентов с невротическим вариантом посттравматических стрессовых расстройств, остром типе клинической динамики (длительность заболевания до одного года). В основном речь шла об астенических, астеногриппических, астеноцефалгических, тревожно-фобических образованиях, чётко связанных с воздействием перенесенного боевого стресса. Ведущим в этой программе было применение психотерапевтического комплекса независимо от стадии и клинической симптоматики. Его задачей являлась дезактуализация боевого стресса, восстановление ослабленных позиций в микро- и макросоциальной сфере в условиях возвращения к «мирной жизни»: как правило это достигалось путём мобилизации собственных механизмов совладания (копинга), умелого приспособления к производственным, бытовым и внутрисемейным отношениям. Предпочтение отдавалось индивидуальным методам психотерапии, которые были представлены когнитивно-поведенческой, суггестивной и ауто-суггестивной разновидностями. Обучение методам ауто-тренинга позволяло комбатантам коррелировать такие проявления посттравматических стрессовых расстройств как диссомнии (нарушение засыпания, ночные кошмары с двигательным возбуждением), повышенная раздражительность, тревожность,

эмоциональная напряжённость, расширяя тем самым адаптационные возможности пациента в обществе. Психофармакологический комплекс включал приём препаратов из группы адаптогенов (экстракт элеутерококка, золотого корня, левзеи и другие) в первой половине дня, седативных средств растительного происхождения (настойка валерианы, ново-пассит, пустырник) либо терапевтические дозы транквилизаторов с седативным эффектом (сибазон 5-10 мг/сут, ивадал 7,5 мг/сут) — во второй половине дня. Активно использовались иглорефлексотерапия и физиотерапевтический комплекс (магнитные токи, электрофорез, массаж и другие), бассейн.

Вторая реабилитационная программа была использована для пациентов с подострым типом динамики посттравматических стрессовых расстройств невротического уровня (длительностью от 1 до 3 лет). Базисная терапия строилась на сочетанном психофармакотерапевтическом воздействии. Помимо психотерапевтических мероприятий из первой программы нашли применение и другие методы коррекции (личностно-реконструктивная, семейная, модифицированные методики НЛП, трансактного анализа). Назначались препараты, снимающие эмоциональную напряжённость, выраженную тревожность и нейровегетативную симптоматику, восстанавливающие нарушенные возможности психической адаптации. Для этой цели применялись транквилизаторы седативного спектра действия (феназепам 1 мг/сут., транксен до 25 мг/сут., ксанакс до 2 мг/сут). Исходя из роли повышенной адренергической активности в усилении симптомов посттравматических стрессовых расстройств, в лечении также использовались β -блокаторы (обзидан до 40 мг/сут.), оказывая в том числе положительный эффект при терапии антиципированных страхов. Как известно, одним из основных симптомов посттравматических стрессовых расстройств являлись кошмарные сновидения, повторяющиеся воспоминания о психотравме навязчивого характера, поэтому целью психотерапевтического воздей-

ствия было изменение субъективного отношения пациента ко сну, снятие аффективной напряжённости. Наиболее эффективной являлась комплексная методика углубленного ускоренного курса интенсивной терапии (Семке В.Я., 1979), «ядро» которой составляли рациональная, эмоционально-стрессовая, углубленная миорелаксация. По выписке пациенту определялся режим посещения врача с целью проведения необходимых психотерапевтических мероприятий; хороший эффект давали самостоятельные занятия аутотренингом.

Третья реабилитационная программа рекомендована пациентам с патохарактерологическим вариантом посттравматических стрессовых расстройств. Как и в предыдущих программах, базисная терапия строилась на комплексном воздействии психотерапии и фармакотерапии. Большое значение придавалось семейной психотерапии для своевременной коррекции аномальных внутрисемейных отношений (Авдеёнок Л.Н., 1999). Многие пациенты, боясь оценочного суждения, избегали обсуждения проблемной ситуации в семье. Нами использовалась одна из модифицированных моделей семейной психотерапии, получившей наибольшее распространение в США, основой которой служит положение, «что если все взаимосвязаны со всеми, то изменение хотя бы одного лица в системе может косвенно вызвать изменения (реакции) и у других людей» (Reichen-Nauseef S., Hedeter C., 1985). В зависимости от готовности семьи вступить в конфронтацию со своими проблемами использовались психотехники «прямое вмешательство», либо «семейное вмешательство». «Прямое» — предполагало конфронтацию с больным с помощью семьи, друзей, всех заинтересованных лиц; «семейное» — конфронтация осуществлялась с членами семьи, врачом-психотерапевтом, психологом. Суть техники «прямое вмешательство», которую мы чаще использовали в своей работе, состояла в том, что жена (чаще являясь инициатором разрешения семейного конфликта) и консультант составляли список лиц, близких па-

циенту, которые были свидетелями его импульсивного поведения, готовых принять участие во вмешательстве. Во время встречи заинтересованных лиц психотерапевт разъяснял им о личностных («болезненных») проявлениях. В центре работы ставился вопрос не как «мы можем изменить больного и его поведение, а как мы можем изменить себя», принимая свою жизнь более здоровой и самостоятельной, вместо того, чтобы выступать в роли «жертвы». На подготовительном этапе психотерапевт давал возможность проявиться отрицательным эмоциям («высказать всё, что наболело на душе»), поскольку только соединение конфронтации и симпатии открывал конструктивный доступ к пациенту. Члены семьи и сам комбатант перерабатывали свои переживания, повышая готовность к изменению проблемной ситуации. Происходило переосмысление своей роли в кризисе, что приводило к дезактуализации остроты переживаний, восстановлению нарушенных семейных взаимоотношений.

Для «разрыхления» аномального стереотипа реагирования личности использовалась также рациональная, поведенческая терапия. Приоритет отдавался групповой психотерапии, способствующей усиленной тренировке резервных возможностей организма, постепенной нивелировке личностных девиаций и установке новых устойчивых социальных контактов. Особенностью терапевтических мероприятий данной группе пациентов была необходимость купирования выраженных патохарактерологических расстройств. В этих случаях использовались корректоры поведения (неулептил, сонапакс) и малые дозы некоторых групп нейролептиков (хлорпротиксен, хлорпромазин). Проводились курсы общеукрепляющей, симптоматической терапии, выбор фармакопрепарата в этом случае определялся ведущим психопатологическим синдромом. В дальнейшем пациентам рекомендовалось посещение поддерживающих психотерапевтических групп, решались во-

просы, связанные с оптимизацией режима труда и отдыха, амбулаторного обращения к врачу (в условиях Реабилитационного Центра).

Четвёртая реабилитационная программа предназначена комбатантам с затяжными формами неврозоподобной симптоматики экзогенно-органической и соматогенной природы посттравматических стрессовых расстройств. Опыт оказания медицинской помощи комбатантам во время боевых действий в Афганистане и других «горячих точках» последних десятилетий показал, что в условиях локальных войн, наряду с нервно-психическими расстройствами, выявлены существенные особенности течения висцеральной патологии. П.Н. Каркищенко, В.И. Байдак, С.А. Головин (1997) к ним относят сниженную сопротивляемость к инфекциям, рост ареактивных форм патологии и заболеваний на фоне аллергизации организма, более частое развитие хронических и рецидивирующих процессов. Поэтому наряду с нейрометаболической, дегидратационно-рассасывающей, сосудистой, общеукрепляющей терапией особый акцент ставился на использовании иммунокоррекции, поскольку именно в этой группе при нейродинамическом исследовании обнаружены наиболее выраженные и устойчивые иммуннобиологические сдвиги (см. главу IV). Иммунокорректирующая терапия применялась с учётом индивидуальных иммунограмм, предъявляемых больными жалоб, анамнестических сведений. Эта программа включала комплекс неспецифических средств, направленных на повышение общей резистентности организма и опосредованно улучшающих функцию системы иммунитета. К ним относили комплексную витаминотерапию, адаптогены растительного (настойки элеутерококка, родиолы розовой, заманихи) и животного (пантокрин, пантогематоген) происхождения, а также собственно иммуномодулирующие препараты, направленные на коррекцию нарушений показателей звеньев иммунитета: иммуномодуляторы (интерферон, лейкинферон); иммуностимуляторы бактериального (бронхо-мунал, рибомунил), жи-

вотного (тималин, тактивин, тимоген, миелопид), растительного происхождения (иммунал, кламин) и химические синтезированные (левамитозол, пентоксил, метилурацил, лейкоген). В рамках психофармакологического комплекса в зависимости от ведущего психопатологического синдрома использовался приём психотропных средств седативного действия из группы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам до 1-1,5 мг/сут, сигнопам до 30 мг/сут, ксанакс до 2 мг/сут, транксен до 20-40 мг/сут, ново-пассит); антидепрессантов (коаксил до 37,5 мг/сут, леривон до 60 мг/сут, амитриптиллин до 50-150 мг/сут); β -блокаторов (анаприлин до 20-40 мг/сут); мягких нейролептиков (сонапакс до 50 мг/сут, терален до 20 мг/сут, эглонил до 200-300 мг/сут, не-улептил до 10-20 мг/сут). В целом наряду с психофармакологическим комплексом проводилась углубленная патогенетическая психотерапия, направленная на миорелаксацию и психосоматическую транквилизацию социально-трудовой адаптации, на преодоление рентных установок. При выписке (за 3-5 дней) комбатантам проводилось повторное соматическое и нейрофизиологическое обследование; с учётом полученных результатов составлялись рекомендации: подбирались «поддерживающие» дозы психотропных препаратов, обсуждалось систематическое проведение психотерапевтических и общеоздоровительных мероприятий под наблюдением врача в условиях Реабилитационного Центра.

Пятая реабилитационная программа использовалась для лечения комбатантов с затяжными проявлениями психопатоподобных синдромов, сформировавшихся на почве экзогенно-органических (травматического, сосудистого, интоксикационного и др. генеза) вредностей (длительность заболевания - более трёх лет). В кризисном периоде наряду с психотерапевтическим комплексом применялись курсы дегидратационно-рассасывающей, ноотропной, сосудистой терапии с включением активаторов мозгового кровообращения (кавинтон, инсте-

нон, препараты никотиновой кислоты). Применение психотропных препаратов проводилось в соответствии с основным симптомом-мишенью (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1981). При выраженности цефалгических, вазо-вестибуло-вегетативных нарушений использовалась методика одномоментного внутривенного вливания реланиума (5-10 мг) и эуфиллина (2,4% от 5 мл до 10 мл) на физиологическом растворе либо одномоментного внутримышечного введения реланиума (5-10 мг), анальгина (50% - 2мл.) и папаверина гидрохлорида (2% - 2мл). Стойкие агрипнические расстройства купировались назначением транквилизаторов седативного, гипнотического действия (седуксен 5-10мг, нитросан до 15 мг, имован 7,5 мг, реладорм). Нередко использовались малые нейролептики (хлорпротиксен до 25-50 мг/сут, сонапакс до 50-75мг/сут, неупелтил до 10-30 мг/сут) — для смягчения дистимико-дисфорических проявлений. При лечении соматизированных расстройств, сопровождающихся выраженной астенией, пониженным аппетитом (зачастую со снижением веса) активно применялся эглонил (до 200-300 мг/сут); он оказывал энергизирующее, соматорегулирующее и вегетостабилизирующее действие. Широко использовались иглорефлексотерапия, все разновидности лечебно-физкультурного комплекса, массаж, социальная поддержка. На момент выписки разрабатывались рекомендации пациенту; одним из важных принципов поддерживающей терапии было проведение осенне-весенних курсов дегидратационно-рассасывающей терапии в сочетании с ноотропами, ангиопротекторами, адаптогенами, вегетостабилизаторами. В данной группе пациентов требовался длительный поддерживающий этап, который осуществлялся в условиях Реабилитационного Центра (амбулаторно, полустационарно), а при необходимости — стационарно (клиники НИИ ПЗ).

Анализ клинико-катамнестического наблюдения показал достаточно высокую эффективность разработанных реабилитационных про-

грамм. Оценка эффективности определялась по шкале, предложенной В.Я. Семке (1981, 1999).

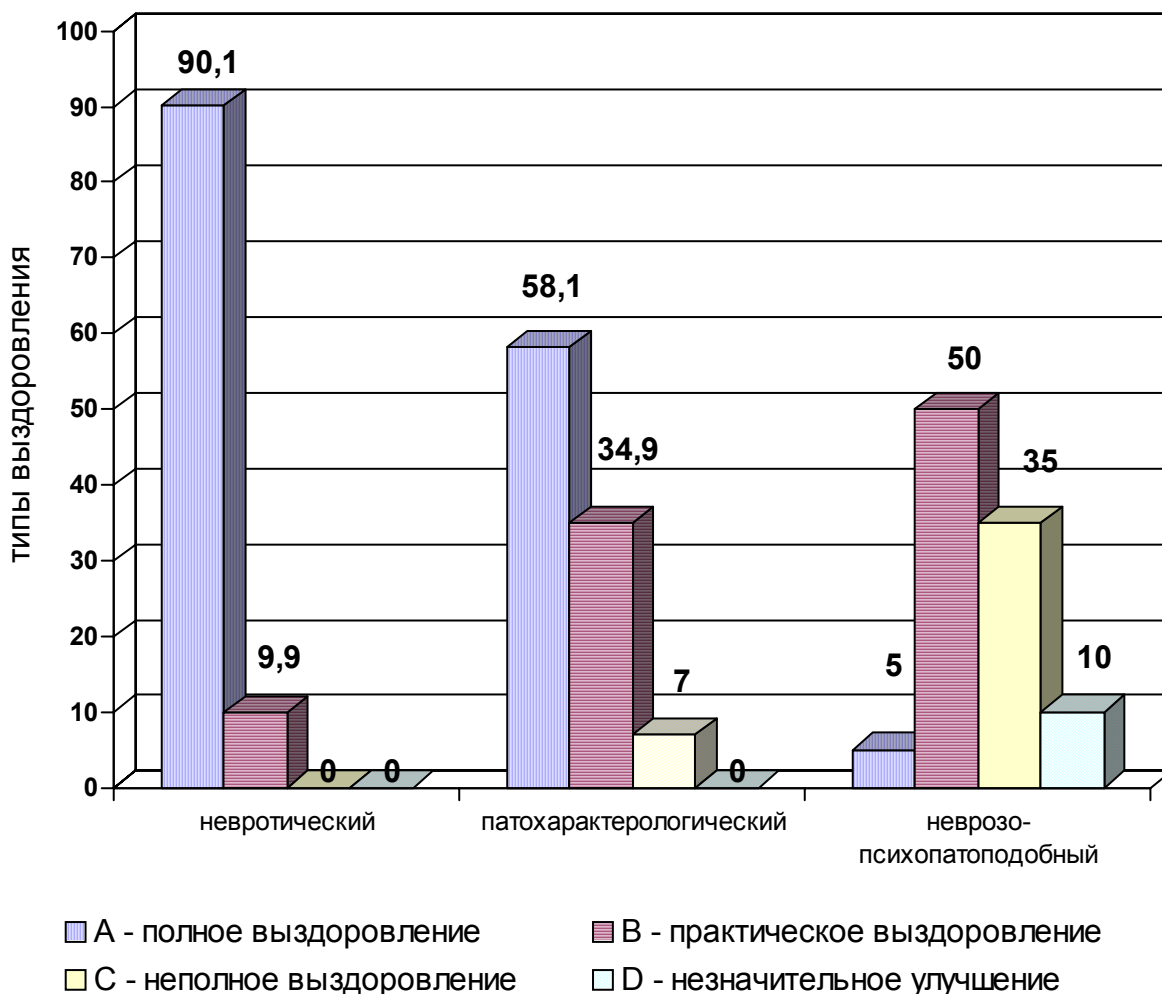


Рис.10. Характеристика типов выздоровления в клинических группах.

Как показано на рисунке 10, наиболее благоприятные результаты были достигнуты у комбатантов с расстройствами невротического варианта посттравматических стрессовых расстройств: «А» (полное восстановление психического здоровья) — у 90,1%; состояние «В» (практическое выздоровление с необходимостью проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий) — у 9,9%. У комбатантов патохарактерологического варианта посттравматических стрессовых расстройств: «А» — 58,1%; «В» — 34,9%; «С» (неполное выздоровление) — 7,0%. В третьей подгруппе (с неврозо-, психопатоподобными изме-

нениями): «А» — 5,0%; «В» — 50,0%; «С» — 35,0%, «Д» (незначительное улучшение) — 10,0%.

Катамнестическое обследование пролеченных комбатантов показало сохранение достигнутых результатов проведённых комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Полное и практическое выздоровление («А+В») выявлено в 91,9% случаев у комбатантов невротического варианта, у пациентов патохарактерологического варианта — в 79,6%. У комбатантов с затяжными формами посттравматических стрессовых расстройств качество выздоровления несколько ниже (37,9%), что обусловлено присоединением массивной соматической патологии.

В заключение необходимо подчеркнуть, что профилактические и реабилитационные мероприятия комбатантам с посттравматическими стрессовыми расстройствами должны проводиться задолго до начала болезненных проявлений. Их успешность в значительной мере будет определяться изменением отношения общества к комбатантам, качеством их профессиональной подготовки и отбора, со своевременным выявлением лиц с предрасположенностью к развитию психопатологических расстройств, ограничением времени пребывания в экстремальных условиях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Литературные данные свидетельствуют о возрастающем интересе к проблеме посттравматических стрессовых расстройств, изучению которой посвящено большое количество исследований. Ю.А. Александровский (1996), Л.П. Яцков (1996), В.Я. Семке, Б.С. Положий (1999), З.И. Кекелидзе (2000) полагают, что в связи с этим необходимо выделить специальный раздел медицины — «психиатрии катастроф». Они указывают на два аспекта этой проблемы — макросоциальную (связанную, в основном, с рассмотрением социально-стрессовых расстройств) и микросоциальную (с акцентом на роль межличностного взаимодействия в социальных группах).

Многими авторами (Нечипоренко В.В., Курпатов В.И., 1995; Лукманов М.Ф., 1995; Снедков Е.В., 1997; Литвинцев С.В., 2001) подчеркивается разрушительное влияние боевого стресса на целостное, прочное самосознание и структуру личности, вызывающего нарушение процессов психической адаптации, формирование психопатологических расстройств у комбатантов. Несмотря на обширное число исследований по изучению посттравматического стрессового расстройства, многие его аспекты остаются малоизученными, несистематизированными. Это затрудняет выработку четкой стратегии медико-психологической помощи ветеранам локальных войн, имеющим психические расстройства, осуществление ранней диагностики и адекватной синдромологической и нозологической квалификации выявленных феноменов, а также оказание дифференцированной реабилитационной и превентивной помощи.

Целью настоящего исследования явилось изучение патогенеза, клинико-динамических закономерностей формирования и течения посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов с обоснованием принципов ранней диагностики, лечения, реабилитации и превенции.

В соответствии с поставленными задачами объектом исследования явились 154 комбатанта с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство», который был установлен по критериям МКБ-10. Все они прошли курс лечения в отделении пограничных состояний клиник НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН; часть из них до обращения наблюдались в амбулаторном звене «Реабилитационного Центра ветеранов войны в Афганистане и других локальных войн» в период с 1996 г. по 2001 г. Углубленный клинико-динамический и патогенетический анализ посттравматических стрессовых расстройств у пациентов облегчил решение задачи по их систематике и типологической характеристике. Учитывался вклад конституционально-биологических (личностных) факторов, степень психогенных воздействий и экзогенно-органических, соматогенных вредностей, что позволило выявить три типологических варианта ПТСР: невротический (59,1%), особенностью которого являлась отчётливая связь клинической картины с боевым стрессом с отражением в картине актуального состояния психотравмирующих обстоятельств; патохарактерологический (27,9%), при котором отмечено усложнение психопатологических симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов, наблюдаемых, как правило, у лиц с выраженной акцентуацией характера и при более неблагоприятной клинической динамике; невротический, психопатоподобный (13,0%) - с полиморфными психовегетативными, психосоматическими и психоорганическими состояниями, которые возникали под воздействием массивных соматогенных и экзогенно-органических факторов, принимая зачастую затяжное течение.

Структурный анализ с учетом значимости соотношения облигатных («базисных») симптомов (интрузия, избегание, повышенная «активация») и факультативных («фасадных») выявил три группы пациентов: с преобладанием в клинической картине симптомов повторного переживания психотравмирующего события в виде навязчивых прояв-

лений (интрузий - 66,9%) и избегания стимулов, связанных с боевым стрессом (18,1%); с преобладанием симптомов повышенной «активации» (54,4%); с сочетанным проявлением преимущественно факультативных симптомов в виде психовегетативных пароксизмов, психосоматических феноменов (34,8 %) и облигатных (интрузии - 22,6%, избегания - 17,5%, повышенной «активации» - 25,1%). Наличие облигатных, стержневых признаков свойственно на всех стадиях формирования указанных расстройств (независимо от типологических особенностей), факультативных - в большей степени в периоде их клинической «кристаллизации».

Изучение преморбидной структуры личности показало наличие трёх складов характера: гармоничного, акцентуированного, препсихопатического. При гармоническом складе (75,8%) и акцентуации характера (24,2%) отмечалось формирование невротического варианта, тогда как акцентуированный и препсихопатический склад преморбидной личности указывал на значительную вероятность ($P < 0,05$) развития патохарактерологического варианта (32,5 и 44,2% соответственно); невротический, психопатоподобный развивался у лиц с акцентуированными качествами (65,0%). Влияние микросоциального окружения в детстве являлось также одним из факторов формирования более глубокой степени дисгармоничности (что соответствует взглядам О.В. Кербикова [1962], В.А. Гурьевой [1980], В.Я. Семке [1994], В.Я. Гиндикина [2000], изучавших условия формирования личностных расстройств). Неправильные типы воспитания были наиболее характерны для группы комбатантов патохарактерологического и психопатоподобного вариантов посттравматических стрессовых расстройств: во второй группе в условиях «неполного дома» воспитывались 48,9%, а также в семьях с отчимом (мачехой) — 11,6%, где преобладали аномальные формы воспитания (алкоголизация родителей и связанные с этим семейные скандалы — 18,6%; безнадзорность детей — 20,9%), в третьей — чаще

встречались типы противоречивого воспитания и повышенной моральной ответственности в условиях «неполного дома» — 45,0% и детского дома — 10,0%. Комбатанты первой группы воспитывались преимущественно в полных семьях (68,1%) при нормальных условиях воспитания (60,4%) или повышенной моральной ответственности (15,4%).

В ходе клинико-динамического исследования установлено, что порог уязвимости и клинические проявления посттравматических стрессовых расстройств находились в прямой зависимости от интенсивности и продолжительности воздействия специфического боевого стресса. Для большинства обследованных с невротическим вариантом ПТСР пребывание в условиях боевой обстановки длилось до 3 месяцев (79,1%, $P < 0,001$), в группе патохарактерологического варианта — продолжительность более 6 месяцев наблюдалась в 51,2% случаев и более 12 месяцев — в 25,5%. При третьем варианте отмечалось пребывание в условиях военной обстановки более 6 (60,0%) и более 12 месяцев (25,0%). Анализ тяжести боевой нагрузки показал, что к сверхсильным переживаниям практически все комбатанты относили непосредственный контакт со смертью, из их числа постоянно подвергались смертельной опасности 54,6%, достаточно часто — 36,4%; непосредственное участие в гибели людей в бою, что главным образом связано со стрельбой по противнику, также тяжело переживалось, на что указывали 79,9% (из них постоянно — 47,4%, достаточно часто — 32,5%); участие в эксгумациях, массовых захоронениях во время службы носили постоянный характер боевой нагрузки у 14,3% и достаточно частый — у 20,1%. 40,3% стали непосредственными очевидцами гибели боевых друзей в бою. Значительно реже среди обследованных комбатантов встречались лица, компонентом военной жизни которых были попадание в окружение (7,1%), засады (17,5%).

Экзогенно-органическое воздействие (преимущественно травматического генеза) выявлено в 44,9% случаев у больных первой клини-

ческой группы, в 93,9% — второй и в 100% — третьей. При исследовании соматических вредностей в формировании ПТСР были диагностированы различные формы патологии в первой группе — в 64,8%, во второй — в 93,2% и в третьей — в 100%.

Для динамики посттравматических стрессовых состояний было характерно течение в 4 этапа: этап предболезни — начинался с момента воздействия психогенного фактора и заканчивался структурированием клиники невротических, неврозоподобных реакций (этап перехода от адаптации к дезадаптации); острый — невротических, неврозоподобных реакций; подострый — структурирование психопатологических расстройств (состояний) с выделением основного синдрома; конечный — затяжное течение с переходом в один из вариантов развития (невротического, патохарактерологического, патологического).

Предболезненные расстройства у комбатантов выявлялись ретроспективно при сборе анамнестических сведений и протекали на догоспитальном уровне. Феноменологически они проявлялись преходящими психоэмоциональными (в виде аномальных личностных реакций) либо вегетативно-соматическими нарушениями.

Невротический вариант ПТСР наблюдался у 91 комбатанта (59,1%), характеризовался отчетливой связью с боевым стрессом и отражением в картине актуального состояния психотравмирующего обстоятельства. В данной исследуемой группе гармоничные черты личности отмечались у 75,8% комбатантов, акцентуантами по гипертимному типу были 8,8%, психастеническому, эпилептоидному — по 6,6%. В служебные командировки выезжали большая часть обследованных — 76,6% (сроком по 2-3 месяца не чаще 2 раз за весь период службы). К одним из наиболее постоянных показателей боевой нагрузки 57,1% комбатантов относили смертельную опасность (обстрелы, подрывы), 46,3% — стрельбу по противнику. Легкие контузии (не пролеченные) выявлены при опросе у 38,2% пациентов. Невротические состояния

развивались достоверно чаще у офицерского состава — 64,8% (в сравнении с рядовыми — 32,0%, $P < 0,001$), что связано с высокими психоэмоциональными нагрузками (главным образом, ответственностью за жизни подчинённых). Начальный этап (длительностью от 3-6 месяцев до 1 года) данного типологического варианта характеризовался отдельными моно- и микросимптомами, малодифференцированными расстройствами. Невротические реакции на момент обследования выявлялись у 77,0% комбатантов и были представлены в виде астенических (51,3%), дистимических (39,9%) и тревожно-фобических (8,8%) вариантов. Их формирование зависело от тяжести и продолжительности боевого стресса, преморбидных характерологических качеств, информированности о реальной ситуации, уровня профессиональной подготовки. Этап невротических состояний (20,9%) развивался в среднем спустя 1-3 года после перенесенного боевого стресса при отсутствии своевременной квалифицированной помощи и наличии продолжительных психотравмирующих ситуаций, значимых и неразрешённых для данной личности. Дополнительными астенизирующими факторами являлись переутомление, соматическое заболевание, психоэмоциональные нагрузки в быту, на работе. На данном этапе заболевания наблюдалось завершение структурирования ведущего синдрома ПТСР с преобладанием устойчивых базисных признаков, среди которых на синдромальном уровне выявлены астеногриппический (49,4%), астенический (24,1%), астеноцефалгический (15,4%) и тревожно-фобический (11,1%), развивающиеся из астенического и тревожно-фобического вариантов невротических реакций.

Этап невротического развития (2,1%) формировался под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций или в результате суммации ряда невротических реакций спустя 3 и более лет после перенесенного боевого стресса. К основным признакам этого этапа, по В.Я Семке (1986, 1990), относятся стабильность клинической картины,

её малая зависимость от психогений, полисиндромность, длительность протекания (не менее трёх лет). Изучение патохарактерологических нарушений и механизмов изменения социально-трудовой адаптации позволило выделить следующие варианты невротического развития ПТСР у комбатантов: ситуационные, которые опирались на неблагоприятные средовые факторы и конституциональные (зависящие от конституционально-биологической предрасположенности личности). В целом же описанные невротические проявления подчинялись ранее установленным закономерностям становления невротического развития личности (Лакосина Н.Д., 1970, 1985; Асатиани Н.М. с соавт., 1990 и др.). На синдромальном уровне они протекали в виде астенодистимических и тревожно-фобических проявлений. Изучение условий и особенностей формирования невротического варианта ПТСР позволило указать на ряд критериев их ранней диагностики: появление на ранних этапах заболевания астенических, преходящих психоэмоциональных (в виде аномальных личностных реакций) и вегетативно-соматических нарушений; заострение преморбидных личностных черт у комбатантов, присоединение несвойственных ранее мозаичных черт; снижение общей активности и нарастание социально-трудовой адаптации.

Патохарактерологический вариант наблюдался у лиц с выраженной акцентуацией характера при более неблагоприятной клинической динамике. В эту группу входило 43 человека (27,9%), у которых отмечено усложнение психопатологических, вегетативных симптомов с выраженностью патохарактерологических радикалов. Для комбатантов данной анализируемой группы характерно преобладание ($P < 0,05\%$) препсихопатических (55,8%) и акцентуированных (32,5%) черт. В 20,9% случаев наблюдалось патохарактерологическое формирование по возбудимому типу; в 30,2% — по эпилептоидному; в 7,0% — по истерическому, в 16,2% — по тормозимому (психастеническому — 13,9%, сензи-

тивному — 2,3%). Присутствие данных личностных качеств накладывало патопластический отпечаток на процесс адаптации к условиям мирной жизни и даже спустя длительный промежуток времени (на момент обследования) придавало определённое своеобразие психопатологическим проявлениям. Заострение характерологических черт нередко отвечало основным критериям «уродств характера» (Ганнушкин П.Б., 1964; Кербиков О.В., 1971) и выявляло психопатологические феномены «комбатантной психопатизации». Значительную роль в утяжелении исследуемых состояний имел фактор длительности и кратности пребывания в зоне военных действий, тяжесть боевой нагрузки. 51,2% комбатантов находились в специфических условиях войны в течение 7-12 месяцев, более 12 месяцев — 25,5%, что значительно отличается от показателей первой группы (пребывание комбатантов в подобных условиях чаще не превышало 3 месяцев — 76,6%). К причинам участия в военных действиях относилась в основном срочная служба (60,4%), по контракту служили 13,9% обследованных, при этом кратность командировок в «горячие точки» составляла 3 и более. Наблюдения показали, что длительность пребывания более 6 месяцев и кратность командировок более 3 раз приводят к стойким и тяжёлым психопатологическим проявлениям у комбатантов. Среди факторов боевой нагрузки большинство пациентов (56,4%) отмечали смертельную опасность (обстрелы, подрывы), участие в эксгумациях и массовых захоронениях (34,4%), окружение, засады (17,5%). Анализ фактора экзогенно-органических и соматогенных вредностей показал, что в 41,9% случаев он имел характер сложного генеза (как правило, сочетание перенесённых черепно-мозговых травм и алкоголизации); контузии средней и тяжёлой степени тяжести — в 20,9%. Системная алкоголизация выявлена у 23,4% комбатантов. 2 человека (4,6%) переболели инфекционными заболеваниями (один перенёс вирусный гепатит, второй — малярию). Среди соматической патологии достоверно чаще ($P < 0,05$) встре-

чались заболевания желудочно-кишечного тракта (60,5% в сравнении с 20,8% в первой группе и 10,0% — в третьей).

Аномальная перестройка структуры преморбидных личностных качеств на фоне перенесенного боевого стресса развивалась в несколько этапов: инициальный — этап патохарактерологических реакций, подострый — этап структурирования психопатического склада и конечный (стабилизации психопатического склада). В клинической картине данного варианта ПТСР доминировали состояния с аффективными проявлениями у комбатантов возбудимого типа; на синдромальном уровне ведущими были дистимический (39,6%), дистимико-ипохондрический (13,9%) и истериопохондрический (4,6%); тревожно-субдепрессивный (32,6%) и обсессивно-фобический (9,4%) отмечались у комбатантов тормозимого и мозаичного склада характера.

Неврозо-, психопатоподобный вариант, выявленный у 13,0% комбатантов, характеризовался полиморфными психовегетативными, психосоматическими и церебралестеническими нарушениями. Соматическая патология отмечена у всех обследованных. Для данного этапа было свойственно длительное формирование нервно-психической патологии, и касалось это, как правило, участников «афганской» войны. К особенностям неврозо-, психопатоподобного варианта ПТСР мы относим отсутствие отчётливой связи патохарактерологических образований с типом преморбидной личности; выраженность и зависимость степени нарушения социально-трудовой адаптации со стойкостью патохарактерологических и церебрально-органических нарушений; нарастание признаков общеорганического снижения личности

Проведённый психопатологический анализ различных форм пограничных нервно-психических нарушений у комбатантов позволил выявить особенности каждого типологического варианта ПТСР, что помогло определить критерии их ранней диагностики, разработку принципов проведения реабилитационных и превентивных мероприятий.

Основными принципами терапии ПТСР явились комплексность влияния на различные звенья патогенеза; строгая индивидуализация каждого случая указанных нарушений; поэтапность проведения психотерапевтических и психофармакотерапевтических мероприятий; учет сопутствующих и предрасполагающих психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов. Центральным звеном воздействия являлся психотерапевтический комплекс. Работа с комбатантами протекала в три этапа: прежде всего, решалась проблема преодоления «феномена недоверия», далее оказывалась помощь пациенту по отреагированию травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчуждённостью и др.); наконец, проводились анализ и коррекция семейных связей, восстановление отношений с друзьями, обществом. Оказание высококвалифицированной социальной поддержки с включением психотерапевтического, психофармакологического и психопрофилактического комплексов комбатантам предусматривалось в три этапа: при лёгких, острых формах — в условиях амбулаторного звена; при подострых — в полустационарных условиях (ночной, дневной стационары, профилакторий); при стойких, затяжных, труднокурабельных расстройствах — в стационаре. С учетом выявленных типологических особенностей и различных вариантов клинической динамики нами были разработаны пять основных дифференцированных программ реабилитации.

Первая реабилитационная программа использовалась при лечении пациентов с невротическим вариантом ПТСР, острым типе клинической динамики (длительность заболевания до одного года). Ведущим в программе было применение психотерапевтического комплекса симптоматики. Его задачей являлась дезактуализация боевого стресса, восстановление ослабленных позиций в микро- и макросоциальной сфере в условиях адаптации к «мирной жизни». Обучение методам аутотренинга позволяло комбатантам корректировать такие проявления

посттравматических стрессовых расстройств, как диссомнии, повышенная раздражительность, тревожность, эмоциональная напряжённость. Психофармакологический комплекс включал приём препаратов из группы адаптогенов (экстракт элеутерококка, золотого корня, левзеи) в первой половине дня, седативных средств растительного происхождения (настойка валерианы, ново-пассит, пустырник) либо терапевтические дозы транквилизаторов с седативным эффектом (сибазон 5-10 мг/сут, ивадал 10 мг/сут) во второй половине дня.

Вторая реабилитационная программа была использована для пациентов с подострым типом динамики посттравматических стрессовых расстройств невротического уровня (длительностью от 1 до 3 лет). Основу базисной терапии составляло психотерапевтическое воздействие с присоединением других методов коррекции (личностно-реконструктивная, семейная психотерапия, модифицированные методики нейролингвистического программирования, транзактного анализа). Назначались препараты, снимающие эмоциональную напряжённость, выраженную тревожность и нейровегетативную симптоматику. Для этой цели применялись транквилизаторы седативного спектра действия (феназепам 1 мг/сут., транксен до 25 мг/сут., ксанакс до 2 мг/сут). Исходя из роли повышенной адренергической активности в усилении симптомов посттравматических стрессовых расстройств, в лечении также использовались β -блокаторы (обзидан до 40 мг/сут.), оказывая в том числе положительный эффект при терапии антиципированных страхов.

Третья реабилитационная программа была рекомендована пациентам с патохарактерологическим вариантом посттравматических стрессовых расстройств. Как и в предыдущих программах, базисная терапия строилась на комплексном воздействии психотерапии и фармакотерапии. Большое значение придавалось семейной психотерапии для своевременной коррекции аномальных внутрисемейных отноше-

ний; при проведении личностно-реконструктивной — приоритет отдавался групповой психотерапии, способствующей усиленной тренировке резервных возможностей организма, постепенной нивелировке личностных девиаций и установке новых устойчивых социальных контактов. Особенностью терапевтических мероприятий была необходимость купирования выраженных патохарактерологических расстройств. В этих случаях использовались корректоры поведения (неулептил, сонапакс) и малые дозы некоторых групп нейрорептиков (хлорпротиксен, хлорпромазин). Проводились курсы общеукрепляющей, симптоматической терапии; выбор фармакопрепарата в этом случае определялся ведущим психопатологическим синдромом. В дальнейшем пациентам рекомендовалось посещение поддерживающих психотерапевтических групп, решались вопросы, связанные с оптимизацией режима труда и отдыха, амбулаторного обращения к врачу (в условиях Реабилитационного Центра).

Четвёртая реабилитационная программа предназначалась комбатантам с затяжными формами неврозоподобной симптоматики экзогенно-органической и соматогенной природы посттравматических стрессовых расстройств. Опыт оказания медицинской помощи комбатантам во время боевых действий в Афганистане и других «горячих точках» последних десятилетий показал, что в условиях локальных войн, наряду с нервно-психическими расстройствами, выявлены существенные особенности течения висцеральной патологии. П.Н. Каркищенко, В.И. Байдак, С.А. Головин (1997) относят к ним сниженную сопротивляемость к инфекциям, рост ареактивных форм патологии и заболеваний на фоне аллергизации организма, более частое развитие хронических и рецидивирующих процессов. Поэтому наряду с нейрометаболической, дегидратационно-рассасывающей, сосудистой, общеукрепляющей терапией особый акцент ставился на использовании иммунокоррекции, поскольку именно в этой группе при нейродинамиче-

ском исследовании обнаружены наиболее выраженные иммунобиологические сдвиги. Иммунокорректирующая терапия применялась с учётом индивидуальных иммунограмм, предъявляемых больными жалоб, анамнестических сведений. Эта программа включала комплекс неспецифических средств, направленных на повышение общей резистентности организма и опосредованно улучшающих функцию системы иммунитета. К ним относили комплексную витаминотерапию, адаптогены растительного (настойки элеутерококка, родиолы розовой, заманихи) и животного (пантокрин, пантогематоген) происхождения, а также собственно иммуномодулирующие препараты, направленные на коррекцию нарушений показателей звеньев иммунитета: иммуномодуляторы (интерферон, лейкинферон); иммуностимуляторы бактериального (бронхо-мунал, рибомунил), животного (тималин, тактивин, тимоген, миелопид), растительного происхождения (иммунал, кламин) и химические синтезированные (левамизол, пентоксил, метилурацил, лейкоген). В рамках психофармакологического комплекса в зависимости от ведущего психопатологического синдрома использовался приём психотропных средств седативного действия из группы транквилизаторов бензодиазепинового ряда (феназепам до 1-1,5 мг/сут, сигнопам до 30 мг/сут, ксанакс до 2 мг/сут, транксен до 20-40 мг/сут, ново-пассит); антидепрессантов (коаксил до 37,5 мг/сут, леривон до 60 мг/сут, amitриптилин до 50-150 мг/сут); β -блокаторов (анаприлин до 20-40 мг/сут); мягких нейролептиков (сонапакс до 50 мг/сут, терален до 20 мг/сут, эглонил до 200-300 мг/сут, неулептил до 10-20 мг/сут). В целом наряду с психофармакологическим комплексом проводилась углубленная патогенетическая психотерапия, направленная на миорелаксацию и психосоматическую транквилизацию социально-трудовой адаптации, на преодоление ригидных установок. При выписке подбирались «поддерживающие» дозы психотропных препаратов, обсуждалось систематическое прове-

дение психотерапевтических и общеоздоровительных мероприятий под наблюдением врача в условиях Реабилитационного Центра.

Пятая программа использовалась для лечения комбатантов с тяжелыми проявлениями психопатоподобных синдромов, сформировавшихся на почве экзогенно-органических (травматического, сосудистого, интоксикационного и др. генеза) вредностей (длительность заболевания — более 3 лет). В кризисном периоде наряду с психотерапевтическим комплексом применялись курсы дегидратационно-рассасывающей, ноотропной, сосудистой терапии с включением активаторов мозгового кровообращения (кавинтон, инстенон, препараты никотиновой кислоты). Применение психотропных препаратов проводилось в соответствии с основным симптомом-мишенью (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1981). При выраженности цефалгических, вазовестибуло-вегетативных нарушений использовалась методика одномоментного внутривенного вливания реланиума (5-10 мг) и эуфиллина (2,4% с 5 мл до 10 мл) на физиологическом растворе либо одномоментного внутримышечного введения реланиума (5-10 мг), анальгина (50% — 2 мл) и папаверина гидрохлорида (2% — 2 мл). Стойкие агрипнические расстройства купировались назначением транквилизаторов седативного, гипнотического действия (седуксен 5-10 мг, нитросан до 15 мг, имован 10 мг, реладорм). Нередко использовались малые нейрорептики (хлорпротиксен до 25-50 мг/сут, сонпакс до 50-75 мг/сут, неулептил до 10-30 мг/сут) — для смягчения дистимико-дисфорических проявлений. При лечении соматизированных расстройств, сопровождающихся выраженной астенией, пониженным аппетитом (зачастую со снижением веса), активно применялся эглонил (до 200-300 мг/сут); он оказывал энергизирующее, соматорегулирующее и вегетостабилизирующее действие. Широко использовались иглорефлексотерапия, все разновидности лечебно-физкультурного комплекса, массаж, социальная поддержка. На момент выписки разрабатывались рекомендации

пациенту; одним из важных принципов поддерживающей терапии было проведение осенне-весенних курсов дегидратационно-рассасывающей терапии в сочетании с ноотропами, ангиопротекторами, адаптогенами, вегетостабилизаторами. В данной группе пациентов требовался длительный поддерживающий этап, который осуществлялся в условиях Реабилитационного Центра (амбулаторно, полустационарно), а при необходимости — стационарно.

Оценка эффективности реабилитационно-превентивных мероприятий установила их высокую результативность. В первую очередь при невротическом варианте: «А» (полное восстановление психического здоровья) — у 90,1%; состояние «В» (практическое выздоровление с необходимостью проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий) — у 9,9%, далее — патохарактерологическом: «А» — 58,1%; «В» — 34,9%; «С» (неполное выздоровление) — 7,0%; наконец, в третьей подгруппе: «А» — 5,0%; «В» — 50,0%; «С» — 35,0%, «Д» (незначительное улучшение) — 10,0%.

Катамнестическое обследование выявило устойчивое клиническое выздоровление («А+В») у комбатантов при невротическом варианте ПТСР в 91,9% случаев; при патохарактерологическом — в 79,6%; при неврозо-, психопатоподобном — в 37,9%.

ВЫВОДЫ

1. Клинико-динамическое исследование посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у 154 комбатантов выявило пограничные нервно-психические нарушения, различающиеся выраженностью - от лёгких до стойких изменений. Отмечено преобладание комбатантов с ПТСР в возрастном интервале «26-30» лет.

2. В генезе формирования ПТСР имеет место сочетание факторов, ведущим из которых является длительный повреждающий стресс боевой обстановки. К сверхсильным переживаниям боевой нагрузки большинство комбатантов относят эпизоды непосредственного контакта со смертью, стрельбу по противнику и гибель боевых друзей. Среди сопутствующих факторов, влияющих на клиническое оформление психопатологических расстройств у комбатантов, выделены конституционально-биологические (в первую очередь личностная акцентуация), соматогенные и экзогенно-органические воздействия (преимущественно черепно-мозговые травмы).

3. Структурный анализ с учетом значимости соотношения облигатных (интрузия, избегание, повышенная «активация») и факультативных симптомов («фасадных») выявил три группы пациентов. Первая из них характеризовалась преобладанием в клинической картине симптомов повторного переживания психотравмирующего события в виде навязчивых проявлений (интрузий - 66,9%) и избегания стимулов, связанных с боевым стрессом (18,1%); вторая — преобладанием симптомов повышенной «активации» (54,4%); третья — сочетанным проявлением преимущественно факультативных симптомов в виде психовегетативных пароксизмов, психосоматических феноменов (34,8%) и облигатных симптомов (интрузии - 22,6%, избегания - 17,5%, повышенной «активации» - 25,1%).

4. Клинико-типологический анализ выявляет 3 варианта ПТСР, зависящих в основном от преморбидной характеристики личности, тяжести и продолжительности боевого стресса: невротический (I) - 59,1%, патохарактерологический (II) - 27,9%, невротический и психопатоподобный (III) - 13,0%.

5. Экспериментально-психологическое и клинико-психопатологическое исследование показало, что I вариант формируется преимущественно у гармоничных, сбалансированных натур, II - у акцентуированных и препсихопатических личностей (75,8; 32,5 и 55,8% соответственно); III — у лиц с акцентуацией в сочетании с соматоорганической патологией (65,0%).

6. Клинико-динамический анализ выявил закономерные стадии формирования ПТСР: для острого (инициального) этапа свойственны нестойкость, кратковременность психопатологической симптоматики, её полная обратимость после устранения патогенного фактора; для подострого – типично структурирование психопатологических расстройств с выделением основного синдрома; для третьего, конечного — характерны затяжная динамика болезненной картины с переходом в один из вариантов развития (невротического, патохарактерологического, патологического).

Структурно-синдромальный анализ обнаруживает различие по вариантам: для I характерно преобладание астеногриппического (37,4%), астенического (24,1%), астеноцефалгического (15,4%) и тревожно-фобического (11,0%); для II - дистимического (39,6%), тревожно-субдепрессивного (32,6%), дистимико-ипохондрического (13,9%), истероипохондрического (4,6%) и обсессивно-фобического (9,4%); для III - стойкого цефалгического (30,0%), дистимико-цефалгического (30,0%), дистимико-дисфорического (20,0%), психоорганического (10,0%), эпилептиформного (10,0%).

7. Осуществление реабилитационных и превентивных мероприятий проводится в три этапа с учётом типологической личностной структуры, варианта клинической динамики и тяжести базисной симптоматики: амбулаторный - предназначен для комбатантов с нерезко выраженными невротическими состояниями и личностными декомпенсациями; этап полустационарного лечения (в условиях ночного, дневного стационара, профилактория) - при наличии подострой динамики; стационарный - при затяжных, труднокурабельных пограничных расстройствах. Пять дифференцированных реабилитационных программ основаны на сочетании комплексных психотерапевтических, психофармакологических и психопрофилактических воздействий с соблюдением принципов поэтапности, дифференцированности, преемственности и строгой индивидуализации каждого случая ПТСР у комбатанта.

8. Эффективность проведённых лечебных, реадaptационных и превентивных мероприятий показывает более высокие результаты у комбатантов в первой группе: состояние полного выздоровления («А») достигнуто в 90,1%, практического выздоровления («В») – в 9,9%; во второй группе: «А» - в 58,1%, «В» - в 34,9%, «С» (неполного выздоровления) – в 7,0% ; в третьей группе соответственно: «А» - в 5%, «В» - в 50,0%, «С» - в 35,0%, «Д» (незначительное выздоровление) – в 10,0%.

Катамнестическое обследование (средняя продолжительность - $1,7 \pm 0,5$ года) выявляет устойчивое клиническое выздоровление («А+В») у комбатантов при невротическом варианте ПТСР в 91,9% случаев; при патохарактерологическом – в 79,6%; при неврозо-, психопатоподобном – в 37,9%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1981. - С.495.
2. Авдеенок Л.Н. Психокоррекционная работа с семьями участников локальных конфликтов // Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1999.- Вып.9. - С. 9-10.
3. Аксенов М.М., Семке В.Я. Экологические проблемы современной психиатрии: региональные аспекты // XII съезд психиатров России. – М., 1995.- С. 141-142.
4. Александров Е.О., Красильников Г.Т. Этапы клинической динамики посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2000.- № 2.- С. 29-31.
5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1993. - С. 400.
6. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 1996. - С. 112.
7. Александровский Ю.А. Клиническое единство и дифференциация пограничных состояний // Материалы XIII съезда психиатров России (10-13 октября, 2000 г.). – М., 2000. - С. 70-71.
8. Александровский Ю.А., Барденштейн Л.М., Аведисова А.С. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств.- М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. - С. 250.
9. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - Вып.4. - С. 116-118.
10. Андриященко А.В. ПТСР при ситуациях утраты объекта значимости // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2000.- Т.2.- Вып.4.- С. 104-109.
11. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С. Организационные и клинические вопросы пограничной психиатрии. - М., 1990. - С. 100-106.
12. Бабушкина Л.В. Клинико-динамическая характеристика инсомний при пограничных состояниях: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.- Томск, 1993.- 19 с.
13. Белов В.П., Хачатурян А.М. Психопатоподобные состояния после черепно-мозговых травм // Журн. невропатологии и психиатрии.- 1999. - Вып.10. - С. 9-13.
14. Брызгунов И.И. Посттравматическое стрессовое расстройство // Медицинская газета.– 1999.- Вып.58.- С. 9.

15. Бурно М.Е. Клиническая психотерапия.- М., 2000. – 719 с.
16. Вассерман Л.И., Лыткин В.М., Лукманов М.Ф. Организационные формы и методы изучения психических факторов дезадаптации у ветеранов войны в Афганистане. – М., 1999. - С. 123.
17. Ветлугина Т.П., Якутенок Л.П. Иммунотерапия в клинике психических расстройств // Материалы XIII съезда психиатров в России (10-13 октября 2000 г.). – М., 2000. – С. 174-175.
18. Власенко В.И. Психологическая защита в оценке психического здоровья на этапах профессиональной адаптации военного врача: Автореф. дис. ...канд.мед.наук. - Томск, 1997.- 25 с.
19. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство и клинически идентичные расстройства адаптации (вопросы феноменологии и дифференциации) // Материалы XIII съезда психиатров России. - М., 2000. - С.100-101.
20. Волошин В.М. Клиническая типология посттравматических стрессовых расстройств и вопросы дифференцированной психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. - Т.3. - Вып.4.- С. 125-129.
21. Вырубков Н.А. Контузионный психоз и психоневроз: Клиническая картина, течение, патогенез. - М., 1915. - 25 с.
22. Ганнушкин П.Б. Об одной из форм нажитой психической инвалидности // Труды психиатрической клиники (Девичье поле). - М., 1927. – Вып.II. -С. 54-57.
23. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика.- Медицинская книга, Издательство НГМА, 1998. - 128 с.
24. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). - М.: Издательство «Триада-Х», 2000. - 256 с.
25. Гундаров И.А. Роза качества жизни // Сибирское здоровье. - 1995.-№ 1. - С. 5-81.
26. Гурин И.В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших ожогами: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.- М., 1996. - 20 с.
27. Гурьева В.А. Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М.: Медицина, 1980. - 272 с.
28. Гусинская Л.В. Некоторые аспекты разграничения истерической психопатии и шизофрении // Судебно-психиатрическая экспертиза.- 1981. – Вып.36. – С. 56-61.
29. Давиденков С.Н. К вопросу об острых психозах военного времени // Психиатрическая газета.- 1915.- № 20.- С. 321-325.

30. Демченкова Г.З. Социально-гигиенические и медико-социальные аспекты посттравматического стрессового синдрома // Материалы межгосударств. научно-практ. семинара (18-19 декабря 1998 г. в г. Витебске). - М., 1998.
31. Джишкариани М.А. Травматический стресс у выживших на войне // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Вып.4. - С. 28-32.
32. Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий: Методические рекомендации / Пушкарев А.Л., Евстегнеев Р.А., Аринчина Н.Г., Доморацкий В.А. - Минск, 1999.
33. Доморацкий В.А. Особенности сексуальных дисфункций и их психотерапевтическая коррекция у ветеранов войны в Афганистане // Материалы межгосударственного научно-практического семинара (18-19 декабря 1998 г. в г. Витебске).
34. Залкинд И.А. Психогенные и соматические факторы в патогенезе паранойяльно-депрессивных реакций, возникающих у военнослужащих в условиях современной войны // Проблемы психиатрии и невропатологии. - Уфа, 1944. - Вып.5. - С. 238-254.
35. Иутин В.Г. Психические расстройства в остром периоде боевой хирургической травмы в экстремальных условиях: Дис ... канд. мед. наук. - М., 1994. – 171 с.
36. Карвасарский Б.Д. Неврозы.- М.: Медицина, 1980. – 448 с.; М.: Медицина, 1990. – 573 с.
37. Каркищенко Н.Н. Лекарственная профилактика. – М.: Воентехлит, 2001. - С.752.
38. Кекелидзе З.И., Щукин Б.П. Медицинские работники в чрезвычайных ситуациях // Современная психиатрия.- 1998. - № 1. - С. 13-14.
39. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях // Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2001. - Т.3. - Вып.4. - С. 123-125.
40. Кербигов О.В. Избранные труды. - М., 1971. -312 с.
41. Кербигов О.В., Гиндикин В.Я. К учению и динамике психопатий в связи с проблемой их профилактики и лечения // Вопросы профилактики нервно-психических заболеваний.- Л., 1962. - С.61-73.
42. Киндрас Г.П., Турохаджаев Л.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-интернационалистов — ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - № 1. - С. 33-36.

43. Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуревича. - М., 1999.
44. Коваленко И.Ю. Предболезненные нервно-психические расстройства у лиц молодого возраста в начале военной службы (клиника, диагностика, психокоррекция): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1998. – 22 с.
45. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. - М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.
46. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник.- М.: Медицина, 1995.- 608 с.
47. Корнилов А.А. Динамика психопатоподобных расстройств у больных, перенесших травму головы // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1981. – Вып.11. – С. 1681-1684.
48. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: Медгиз, 1960. – 608 с.
49. Краснянский А.Н., Морозов П.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны в Афганистане: Съезд психиатров. - М., 1995.
50. Крылов В.И. Клинико-психопатологические основы диагностики и систематики пограничных психических расстройств // Сборник научных трудов, посвященных 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - СПб, 2000. - С. 116-117.
51. Крылов К.Е., Шамрей В.К., Лыткин В.М. Зависимость клинических проявлений ПТСР от преморбидно-личностных особенностей комбатантов // Там же. - С. 121-123.
52. Куприянова И.Е. Качество жизни как показатель уровня психического здоровья (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. - № 2. – С. 55-61.
53. Лабезная Е.О., Зеленова М.Е. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий // Психологический журнал. - 1999. - Т.20. - Вып.5. - С. 62-74.
54. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. - Ростов н/Д.: Изд-во «Феникс», 1997. - 544 с.
55. Лечение массивной психотравмы, обусловленной войной / Daya Somasundaram // Обзор современной психиатрии. – 1999. – Вып.2. - С. 35-43.
56. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане: Дис. ... докт. мед. наук. -В 2-х т.- СПб.,1994. -Т.I. - 371с.- Т.II. – 271 с.

57. Литвинцев С.В., Шамрей В.К. Военная психиатрия. СПб.: ВМедА ЭЛБИ-СПб., 2001. - С. 231-244.
58. Лукманов М.Ф. Клинико-социальные особенности алкоголизации и пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Архангельск, 1995.- 23 с.
59. Лэндис Р. Продвинутое техники для работы с посттравматическими стрессовыми состояниями. - М., 1996.
60. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии.- М., 2000.- 432 с.
61. Маклаков А.Г. Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дис. ... докт. психол. наук. - СПб., 1996. - 37 с.
62. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б.. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал. - 1998. - Т.19. - № 2. - С. 15-26.
63. Малкин П.Ф. Вопросы психиатрии военного времени и задачи клинической психиатрии в послевоенный период // Вопросы психиатрии военного времени.- Свердловск, 1947. - С. 3.-15.
64. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. // Современная психиатрия. - 1998. – Вып.1.- С. 21-25.
65. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н. Шанина. - СПб.: Специальная литература, 1997.
66. Михайлов Б.В., Черкасов В.Г., Чугунов В.В. ПТСР у жителей Украины (клиника, диагностика, принципы восстановительной терапии) // Вісник психічного здоров'я.- 1999. – Вып.1. - С. 18-19.
67. Михайлов Б.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В. О некоторых подходах к созданию системы комплексной психотерапии больных с ПТСР в Украине // Российский психиатрический журнал.- 2001.- Вып.2.- С. 16-19.
68. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. - СПб., 1994.
69. Нечипоренко В.В., Курпатов В.И. Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. - 1995. – Вып.12. - С. 21-24.
70. Осипов В.Н. Введение // Психозы и психоневрозы войны. - М.: Л., 1934.- С. 6-13.
71. Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов: Психологическая диагностика и психотерапия:

- Методические рекомендации // Карвасарский Б.Д., Алексеева Д.А., Ташлыков В. А. и др. - Л., 1990.
72. Павлова М.С. Индивидуальные и общественные реакции в ответ на травму и бедствие. Структура хаоса // Российский психиатрический журнал. -1999. – Вып.2. - С. 42-46.
73. Павлова М.С. ПТСР. Острые и отдаленные реакции на травму // Российский психиатрический журнал. - 1999. – Вып.1. - С. 46-49.
74. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) / Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. – М.: ООО «Институт медицинского маркетинга», 1997. - С. 304.
75. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как терапевт. - М.: Смысл, 1993.
76. Петровский В.Н., Волкогонова Л.Ю., Громач А.А. Методы психологического обследования военнослужащих с пограничными нервно-психическими расстройствами реактивно-психогенного генеза, перенесших перманентный боевой стресс // (Проблемы погран. психиатрии и клин. психологии) : Сб. науч. тр. первого конгресса неврологов, нейрохирургов, психотерапевтов и клин. психологов Юга России. - Ставрополь, 1998.-Т.2. - С. 135-137.
77. Погосов А.В., Умрихин А.В. Особенности ПТСР в зависимости от характера психотравмы // Материалы науч. конф., посвящ. 100-летию основания областной психиатрической больницы, 70-летию ОПБ, 25-летию ОНБ. - Курск, 1998. - С. 93-100.
78. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афганистане (посттравматические стрессовые нарушения): Методические рекомендации / Цыганков Б.Д., Белкин А.И., Веткина В.А. и др. - М., 1992.
79. Положий Б.С., Гурин И.В. Клиническая динамика посттравматических стрессовых расстройств (на материалах пострадавших с ожоговой травмой) // Материалы Всероссийской научно-практ. конф.- М.-Ижевск, 1994. - С. 53-56.
80. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия.– М., 1997. - С. 192-202.
81. Попов Ю.В., Вид В.Д. Реакции на стресс // Современная психиатрия. - 1998. – Вып.1.- С. 9-13.
82. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. - М.: Алейтена, 1999. - 504 с.
83. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99): (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской

- Федерации) / Под ред. Б.А. Казаковцева и В.Б. Голланда. - М.: Минздрав России, 1998.
84. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Под ред. А.Е. Тарас, К.В. Сельченко. - Мн.: Харвест, 1999.- 480 с.
85. Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. - М.: 2000.- 286 с.
86. Пушкарев А. Л. Основные медико-психологические проблемы воен-нов-интернационалистов в Республике Беларусь и пути их решения // Материалы межгосударств. научно-практ. семинара (18-19 декабря 1998 г. в г. Витебске).- М., 1998.
87. Пушкарев А.Л. Психодиагностическое обследование больных и инвалидов на этапе медико-профессиональной реабилитации: Методические рекомендации. - Минск, 1997.
88. Райгородский Д.Я. Психология и психоанализ характера. Хрестоматия по психологии и типологии характеров.- Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1997. - 640 с.
89. Рудестам К. Групповая психотерапия.- СПб.: Питер Ком, 1998.- 384 с.
90. Рудницкий В.А. Клинико-динамические и реабилитационные аспекты пограничных нервно-психических расстройств у лиц, подвергшихся воздействию радиации (ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС): Автореф. дис. ...канд.мед.наук.- Томск, 1997.-18 с.
91. Руководство по психиатрии в 2 томах / Под ред. А.С. Тиганова.- М.: Медицина, 1999.- 712 с.
92. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: Медицина, 2001. - 560 с.
93. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих: Автореф. дис. ... докт.мед.наук.- СПб,1997.- 40 с.
94. Савиных А.Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической дезадаптации: Автореф. дис. канд.мед.наук.- Томск, 1989.- 25 с.
95. Сакерин В.В, Головкин Н.В., Певзнер О.Г. К вопросу о ПТСР у военнослужащих // Социальная психиатрия.- 1998.- Вып.4.- С. 115-116.
96. Саркисов Д.С. Существуют ли так называемые функциональные болезни? // Клиническая медицина.- 1994.- № 2. – С. 71-74.
97. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме.- М., 1960.
98. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства.- Л.: Медицина, 1987. – 184 с.

99. Семке В.Я. Актуальные вопросы систематики и клинической динамики пограничных состояний в условиях Сибири // Актуальные вопросы психиатрии. - Томск, 1985. - Вып.2. - С. 11-14.
100. Семке В.Я. Истерические состояния. - М.: Медицина, 1988. - 224 с.
101. Семке В.Я. Теоретические и методологические аспекты систематики пограничных состояний // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. - Вып.1. - С. 126-128.
102. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. - Томск, 1990. - 207 с.
103. Семке В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее // Социальная и клиническая психиатрия. - 1992. - Вып.3.
104. Семке В.Я. Научные основы валеопсихологии // Актуальные вопросы психиатрии. - Томск, 1995. - Вып.7. - С. 69-79.
105. Семке В.Я., Аксенов М.М. Пограничные состояния (региональные аспекты). - Томск, 1996. - 184 с.
106. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. - 403 с.
107. Семке В.Я. Основы персонологии. - М., 2001. - 476 с.
108. Сидоров П.И., Лукманов М.Ф. Особенности пограничных психических расстройств у ветеранов войны в Афганистане // Журн. неврологии и психиатрии. - 1997. - Вып.3.
109. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. - Архангельск, 1999. - 384 с.
110. Сманов КД., Тураходжаев А.М. Психопатологические расстройства при последствиях черепно-мозговой травмы у лиц, выполнявших интернациональный долг в Республике Афганистан (клиника, трудоспособность) // Медицина катастроф: Материалы междунар. конф. (22-23 мая 1990 г.). - М., 1990. - С. 397.
111. Смирнов В.К., Шпиленя Л.С., Рустанович А.В. К структуре боевой психической патологии // Опыт советской медицины в Афганистане: Тез. докл. Всеарм. науч. конф. - М., 1992. - С. 111-112.
112. Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки: (Клинико-динамические исследования на материале афганской войны): Дис... канд. мед наук. - СПб, 1992. - 325 с.
113. Снедков Е.В. Боевая психическая травма: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - СПб, 1997. - 48 с.
114. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии. - М.: Медицина, 1983. - Т.1. - С. 16-97.

- 115.Спектор С.И. Посттравматический стрессовый синдром у участников боевых действий в Чечне // Материалы межгосударственного научно-практ. семинара (18-19 декабря 1998 г. в г. Витебске).- М., 1998.
- 116.Спектор С.И., Мякотных В.С. Синдром посттравматического стресса как медико-социальная проблема // Материалы межгосударственного научно-практ. семинара (18-19 декабря 1998 г. в г. Витебске).- М., 1998.
- 117.Судаков В.Н. О мультифакторной гипотезе патологического развития личности в отдельном периоде черепно-мозговой травмы // Актуальные вопросы психиатрии. - Томск: Изд-во Том. ун-та, 1989.- Вып.IV. - С. 71-72.
- 118.Сыропятов О.Г. Избранные лекции по психиатрии войн и катастроф. -Киев: Изд. Украин. военно-мед. академии, 1999. -108 с.
- 119.Табачников С.И. Общие подходы к профилактике, психотерапии и коррекции состояний психической дезадаптации лиц, работающих в экстремальных условиях // Український журнал «Вісник психічного здоров'я». - 1999. – Вып.1. - С. 42-51.
- 120.Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых расстройств: современное состояние проблемы // Психологический журнал. - Т.13. - № 2.
- 121.Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г.А. Обухова. - Мн.: Выш.шк., 1999. - 496 с.
- 122.Тупицын Ю.Я. Клинико-патогенетические основы оптимизации диагностики, лечения и организации психотерапевтической помощи: Науч. докл. ...докт. мед. наук.- СПб.,1992.-С. 48.
- 123.Турохаджаев А.М. Социально-трудовая адаптация при психических расстройствах у участников войны в Афганистане: Автореф. ... дис. канд.мед.наук. - М., 1992.
- 124.Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / Под ред. Р.Я. Вовина, Г.Е. Кюне. - М.: Медицина, 1989. -288 с.
- 125.Фрейд З. Избранное. - М.: Внешторгиздат, 1989. –448 с.
- 126.Фрумкин Я.П., Лившиц С.М. Следовые влияния в психопатологии. - Киев: «Здоровья», 1979. - 112 с.
- 127.Хейнлейн Р., Смит Б.Х., Дрейфус Дж. Широкий диапазон клинического применения фенитоина.- М., 1997. -С. 9.
- 128.Хорошко В.К. О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне // Психиатрическая газета.- 1916.- № 1.- С.3-10.
- 129.Хохлов Л.К. ПТСР и проблема коморбидности // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998 . – Вып.4. - С. 116-122.

- 130.Хэзлем М.Т. Психиатрия. - М.: ООО Фирма «Издательство АСТ», Львов: «Инициатива», 1998. - 624 с.
- 131.Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998.
- 132.Шнайдер К. Клінічна психопатологія.- Киев: «Сфера», 1999.- 236 с.
- 133.Яцков Л.П. Катастрофы, стихийные бедствия, кризисные состояния - актуальная проблема современности // Материалы Международной научно-практ. конф.- Владивосток, Томск, 1996. - С. 3-6.
- 134.A combined clinical approach to treating and understanding prolonged combat stress reaction / Mark M., Rabin S., Modai I., Kotler M., Hermesh H. // Mil. Med. –1996.- Dec.- Vol.61, № 12.- P. 763-765.
- 135.A multimodal, second generation, posttraumatic stress disorder rehabilitation program / Hutzell R.R., Halverson S., Burke T., Carpenter B., Hecke A., Wooldridge H., Stanley C., Chambers T., Hooper R. // J. Trauma Stress. –1997.- Jan. № 1.- P. 109-116.
- 136.An open trial of fluoxetine in the treatment of posttraumatic stress disorder / McDougle C.J., Southwick S.M., Chamey D.S., St. James R.L. // J. Clin. Psychopharmacol.- 1991.- Oct. Vol.11, № 5. - P. 325-327.
- 137.A pilot controlled study of the effects of flumazenil in posttraumatic stress disorder / Coupland N.J., Lillywhite A., Bell C.E., Potokar J.P., Nutt D.J. // Biol. Psychiatry. – 1997.- May. – Vol.1, № 9.- P. 988-990.
- 138.Archives neuro-psychiatriques de la guerre d'Algerie: etude dc 1280 dossiers de l'hopital militaire de Constantine / Lefebvre P., Croq L., Sauvaget R. et al. // Med. Arm. - 1986.- Vol. 14, № 4.- P. 303-310.
- 139.Arnold A. L. Outpatient treatment of posttraumatic stress disorder // Military Medicine.- 1993. – Vol. 158, № 6. – P.4-5.
- 140.Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: ethnicity and gender comparisons / Sutker P.B., Davis J. M., Uddo M., Ditta S.R. // J. Personality Assessment. – 1995. – Vol.64, № 3. – P. 415-427.
- 141.Bailey J.E. Differential diagnosis of posttraumatic stress and antisocial personality disorders // Hospit. Commun. Psychiat.- 1985 .- Vol.36, № 8.– P. 881-883.
- 142.Bisson J.I. Treatment of PTSD // Brit. J. Psychiatry.- 1996.- Feb. Vol.68, № 2.- P. 252-253.
- 143.Blair D.T., Hildreth N.A. PTSD and the Vietnam veteran: the battle for treatment // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.- 1991.- Oct.- Vol.9, № 10.- P. 15-20.

- 144.Boehnlein J.K., Sparr L.F. Group therapy with WWII ex-POW's: long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population // Amer. J. Psychother.- 1993.- Spring. Vol.7, № 2.- P. 273-282.
- 145.Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Prog. Behav. Modif. - 1996. № 10.- P. 165-189.
- 146.Breslau N., Davis G.C. Posttraumatic stress disorder. The stressor criterion // J. Nerv. Ment. Dis. -1987. -Vol.175, № 5.- P. 255-264.
- 147.Brockway S. Case report: Flashback as a posttraumatic stress disorder symptom in a World War veteran // Mil. Med.- 1988.- Vol.153, № 7.- P. 372-374.
- 148.Burges A.W., Holmstrom L.L. Rape trauma syndrome // Amer. J. Psychiat.- 1974.- Vol. 131, № 9.- P. 981-986.
- 149.Chamey D.S. Yohimbine facilitated acoustic startle in combat veterans with post traumatic stress disorder // Psychopharmacology. Bull.- 1995.- Feb. - Vol.17, № 4.- P. 466-471.
- 150.Characteristics of veterans in Hawaii with and without diagnoses of post-traumatic stress disorder / Carlson J.G., Chemtob C.M., Hedlund N.L. et. al. // Hawaii Medical Journal.- 1994. -Vol. 53, № 11. - P. 314-318.
- 151.Childhood stress disorder behaviors in veterans who do and do not develop posttraumatic stress disorder / Watson C.G., Kucala T., Manifold V. et al. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1988.
- 152.Chung M.C. Reviewing Frankl's Will to meaning and its implications for psychotherapy dealing with post-traumatic stress disorder // Med. War.- 1995.- Jan-Mar.- Vol.1, № 1.- P. 45-55.
- 153.Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder / Chemtob C.M., Novaco R.W., Hamada R.S., Gross D.M. // J. Consult. Clin. Psychol.- 1997.- Feb.- Vol.5, № 1.- P. 184-189.
- 154.Daie N., Witztum E. Short-term strategic treatment in traumatic conversion reactions / Am. J. Psychother.- 1991.- Jul.- Vol.5, № 3.- P. 335-347.
- 155.Danieli Y. The treatment and prevention of long-term effects an inter-generational transmission of victimization: A lesson from holocaust and their children // Trauma and its wake. The study and treatment of PTSD / Ed. Ch.R. Figley.- N.Y.: Brunner/Mazel, 1985.- P. 295-313.
- 156.Davidson A.C., Mellor D.J. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans: is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? // Aust. N. Z. J. Psychiatry.- 2001.- Jun.- Vol.35, № 3.- P. 345-351.
- 157.Domash M.D., Sparr L.F. Posttraumatic stress disorder masquerading as paranoid schizophrenia: case report // Mil. Med.- 1982.- Vol.147, № 9.- P. 772-774.

158. Duffy J.D., Malloy P.F. Efficacy of buspirone in the treatment of post-traumatic stress disorder: an open trial // *Ann. Clin. Psychiatry.*- 1994.- Mar.- Vol.1.- P. 33-37.
159. Effects of the benzodiazepin antagonist flumazenil in PTSD / Randall P.K., Bremner J.D., Krystal J.H., Nagy L.M., Heninger G.R., Nicolaou A., Chamey D.S. // *Biol. Psychiatry.*- 1995.- Sept.- Vol.8, № 5.- P. 319-324.
160. Escobar J.I. PTSD and the perennial stress-distress controversy // *J. Nerv. Ment. Dis.*- 1987.- Vol. 175, № 5.- P. 265-266.
161. Erichsen J.E. On railwal and other injuries of the nervous system.- London: Walton and Moberly, 1866.
162. Fajri A. War-related psychiatric problems: retrospective analysis of the «combat syndromes» observed during the present conflict in the Sahara // XXVI Intern. Congr. Mil. Med. Pharm.- Marrakech.- March 23-28. 1986.- P. 190.
163. De Fasio V.J. Dynamic perspectives of the nature and effects of combat stress // Figley Ch.R (Ed.) *Stress disorders among Vietnam veterans.* N.Y.: Brunner/Mazel, 1978.- P. 124-128.
164. Fluvoxamine treatment for chronic PTSD: a pilot study / De Boer M., Op den Velde W., Falger P.J., Havens J.E., De Croen J., Van Duijn H. // *Psychother. Psychosom.* - 1992. - Vol.7, № 4.- P. 158-163.
165. Foy D.W., Carrol E.M., Donahoe C.P.Jr. Etiological factors in the development of PTSD in clinical samples of Vietnam combat veterans // *J. Clin. Psychol.*- 1987.- Vol. 43, № 1.- P. 17-27(18 ref.)
166. Frankl V. From death camp to existentialism.- N.Y.: Beacon, 1959.
167. Friedman M.I. Post-Vietnam syndrome: recognition and management // *Psychosomatic.* - 1981.- Vol. 22, № 11.-P. 931-943.
168. Fitzgerald S.G., Gonzalez E. Dissociative states induced by relaxation training in a PTSD combat veteran: failure to identify trigger mechanism // *J. Trauma. Stress. Jap. N. D.*- P. 111-115.
169. Foa E.B., Meadows E.A. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review // *Annu. Rev. Psychol.*- 1997. -№ 8. - P. 449-480.
170. Forbes D., Creamer M., Rycroft P. Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: a pilot study using assessment measures // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* -1994.- Jun. Vol.5, № 2. -P. 113-120.
171. Freeman T.W., Roca V. Gun use, attitudes toward violence, and aggression among combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder // *J. Nerv. Ment. Dis.*- 2001.- May.- Vol.189, № 5.- P. 317-320.

172. Funari D.J., Piekarski A.M., Sherwood R.J. Treatment outcomes of Vietnam veterans with Posttraumatic Stress Disorder // *Psychol. Rcp.*- 1991.- Apr.- Vol.8, № 2.- P. 571-578.
173. Garland F.N., Robichand M.R. Knowledge of battle fatigue among division combat medics and the effectiveness of training // *Mil. Med.*- 1987.- Vol. 152, № 12.- P. 608-612.
174. Gersons B.P., Carlier I.V. Posttraumatic stress disorder: history of a recent concept // *Brit. J. Psychiatry.*- 1992.- Vol.161.- P. 742-748.
175. Gillham A.B., Robbins I. Brief therapy in a battleshock recovery unit: three case studies // *J. R. Army. Med. Corps.* -1993.- Jun. – Vol.39, № 2. - P.58-60.
176. Goderez B.I. The Survivor Syndrome. Massive psychic trauma and PTSD // *Bull. Menninger Clin.*- 1987.- Vol.51, № 1.- P. 96-113.
177. Green B.L. Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans // *Amer. J. Psychiatry.*- 1990.- Vol.147, № 6.- P.729-733.
178. Green B.L. Lindy J.D., Grace M.C. Posttraumatic Stress Disorder. Toward DSM-IV // *J. Nerv. Ment. Dis.* -1985.- Vol. 173, № 6.- P. 406-411.
179. Hamilton J.D., Canteen W.Jr. Posttraumatic stress disorder in World War II naval veterans // *Hospit. Commun. Psychiatry.*- 1987.- Vol.38, № 2.- P. 197-199.
180. Hendin H. Combat never ends: the paranoid adaptation to posttraumatic stress // *Amer. J. Psychother.* - 1984. - Vol. 38, № 1. - P. 121-131.
181. Hiberman E. The rape victim. - Washington, DC: American Psychiatric Press, 1976.
182. Horowitz M.J. Stress response syndromes: character style and dynamic psychotherapy // *Archives of General Psychiatry.* -1980. - Vol.31, № 4. - P. 768-781.
183. Horowitz M.J., Weiss D.S., Marmar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder // *J. Nerv. Ment. Dis.*- 1987.- Vol. 175, № 5.- P. 267-268.
184. Hume F., Summerfield D. After the war in Nicaragua: psychological study of war wounded ex-combatants // *Medicina & War.*- 1994.- Vol.10, № 1.- P. 4-25.
185. Inositol treatment of post-traumatic stress disorder / Kaplan Z., Amir M., Swartz M., Levine J. // *Anxiety.*- 1996.- № 1.- P. 51-52.
186. Israeli psychological casualties of the Persian Gulf war: characteristics, therapy, and selected issues / Bleich A., Kron S., Margalit C., Inbar G., Kaplan Z., Cooper S., Solomon Z. // *Isr. J. Med. Sci.*- 1991.- Nov-Dec. Vol.7, № 11-12.- P. 673-676.

187. Jackson H.C. Moral nihilism: developmental arrest as a sequela to combat stress // *Adolescent. Psychiatry.*- 1982.- Vol.10.- P. 228-242.
188. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie.*- Berlin, 1913.
189. Jones G.H., Lovett J. W. Delayed psychiatric sequelae among Falklands war veterans // *J.R.Coll. Gen. Pract.*- 1987.- Vol.37, № 294.- P. 34-35.
190. Keane T.M., Fairbank J.A. Survey analysis of combat-related stress disorders in Vietnam veterans // *Amer. J. Psychiatry.*- 1983.- Vol.140, № 3.- P. 348-350.
191. Kennedy P., Duff J. Posttraumatic stress disorder and spinal cord injuries // *Spinal. Cord.*- 2001.- Jan.- Vol.39, № 1.- P. 1-10.
192. Kimmel L.H. The concept of elastic boundaries applied to group therapy with veterans over 60 years old // *Arch. Psychiatr. Nurs.*- 1991.- Apr.- Vol.5, № 2. -P. 91-98.
193. Kingsbury S.J. Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares // *Amer. J. Clin. Hypn.*- 1993.- Jan. – Vol.5, № 3. - P. 161-169.
194. Koller P., Marmar C.R., Kanas N. Psychodynamic group treatment of post traumatic stress disorder in Vietnam veterans // *Int. J. Group. Psychother.*- 1992.- Apr.- Vol.42, № 2. — P. 246.
195. Kraepelin E. *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.*- Leipzig: Barth, 1915. – Bd 4, Teil 3.
196. Lansky Mr. The transformation of affect in posttraumatic nightmares // *Bull. Menninger. Clin.* –1991. – Vol.55, № 4.- P. 470-490.
197. Leopold R., Dillon H. Psycho-anatomy of a disaster: long term study of post traumatic neuroses in survivors of a marine explosion // *Amer. J. Psychiat.*- 1963.- Vol.119.- P. 913-921.
198. Lifton R.J. *Death in Life.* - N.Y.: Vintage Books, 1969.
199. Lifton R.J. *Vietnam: Betrayal and self-betrayal.*- Transaction, 6. 1969. P. 6-9.
200. Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief // *Amer. J. Psychiat.*- 1944.- Vol.101.- P. 141-148.
201. Lithium for irritability in post-traumatic stress disorder / Forster P.L., Schoenfeld F.B., Marmar C.R., Long J. // *J. Trauma. Stress.*- 1995.- Jan. - № 1.- P. 143-149.
202. Lucking R.C. Bipolar disorder in posttraumatic stress disorder — a difficult diagnosis: case reports // *Mil. Med.*- 1986.- Vol. 151, № 5.- P. 282-284.
203. Macleod A.D. Posttraumatic stress disorder in World War Two veterans // *N. Zeal. Med. J.*- 1991.- Vol.104, № 9.- P. 285-288.

204. Madacasira S., O'Brien K.F. Acute PTSD in victims of a natural disaster // *J. Nerv. Ment. Dis.*- 1987.- Vol.175, № 5.- P. 286-290.
205. Manor I., Shklar R., Solomon Z. Diagnosis and treatment of combat stress reaction current attitudes of military physicians // *J. Trauma Stress.*- 1995.- Apr.- Vol.2. - P. 258.
206. Meaning of combat and the development of PTSD / Hendin H., Polliger A., Singer P., Ulman R.B. // *Amer. J. Psychiat.*- 1981.- Vol.138, № 11.- P. 1490-1493.
207. Mueser K.T., Yarnold P.R., Foy D.W. Statistical analysis for single-case designs. Evaluating outcome of imaginal exposure treatment of chronic PTSD // *Behav. Modif.*- 1991.- Apr.- Vol.5, 2. -P. 134-155.
208. Multiple diagnosis in posttraumatic stress disorder. The role of war stressors / Green B.L., Lindy J.D., Grace M.C. et al. // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 1989.- Vol.177, № 6.- P. 329-335.
209. Neilsen T. Affect desensitization: A possible function of REMs in both waking and sleeping states // *Sleep. Research.*- 1991.- № 20.- P. 112-115.
210. Newman J. Differential diagnosis in posttraumatic stress disorder: implication for treatment // Williams T. (Ed.) *Posttraumatic stress disorder: a handbook for clinicians.* Cincinnati, DAY, 1987.
211. Niederland W. Psychiatric disorders among persecution victims-A contribution to the understanding of concentration camp pathology and its after affects // *J. Nerv. Ment. Dis.*- 1964.- Vol.139.- P. 458-583.
212. Niederland W. Clinical observation on the survivor syndrome // *Intern. J. Psychoanalysis.*- 1968. Vol.3, № 2.- P. 31-33.
213. Open prospective trial of fluoxetine for posttraumatic stress disorder / Nagy L.M., Morgan C.A., Southwick S.M., Chamey D.S. // *J. Clin. Psychopharmacol.*- 1993.- Apr.- Vol.3, № 2.- P. 107-113.
214. Orner R.J., Lynch T., Seed P. Long-term traumatic stress reactions in British Falklands War veterans // *Brit. J. Clin. Psychol.*- 1993.- Vol.32.- P. 457-459.
215. Orts M.A.L. Experiencias con pacientes afectados psiquiátricamente en el conflicto Malvinas // XXVI Intern. Congr. of military medicine and pharmacy.- Marrakech. March 23-28, 1986.- P.359.
216. Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder / Johnson D.R., Rosenheck R., Fontana A., Lubin H., Chamey D., Southwick S. // *Amer. J. Psychiatry.* -1996.- Jun.- Vol.53, № 6. -P. 771-777.

217. Piekarski L.M., Sherwood R., Funari D.J. Personality subgroups in an inpatient Vietnam veteran treatment program // Psychol. Rep.- 1993.- Apr.- Vol.2, № 2.- P. 667-674.
218. Poiso Y., Mouzen M.C. Les syndromes post-emotionnels // Ann. Med. Psychol.- 1976.- Vol.134, № 1.- P. 185-218.
219. Port C.L., Engdahl B., Frazier P. A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war // Amer. J. Psychiatry.- 2001.- Sep.-Vol.158, № 9.- P. 1474-1479.
220. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans / Pary R., Lippmann S.B., Turns D.M. et al. // Amer. Fam. Physician.- 1988.- Vol.37, № 2.- P. 145-150.
221. Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: a prospective analysis / Erickson D.J., Wolfe J., King D.W., King L.A., Sharkansky E.J. // J. Consult. Clin. Psychol.- 2001.- Feb.- Vol.69, № 1.- P.41-49.
222. Psychiatric responses of trauma / Rundell J.R., Ursano R.J., Holloway H.C. et al. // Hospit. Commun. Psychiatry.- 1989.- Vol.40, № 1.- P. 68-74.
223. Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung / Ehlert U., Wagner D., Heinrichs M., Heim C. // Nervenarz.-1999.- Bd 70.- P. 773-779.
224. Psychometric profile of posttraumatic stress disorder / Orr S.P., Claiborn J.M., Altman B. et al. // J. Consult. Clin. Psychol.- 1990.- Vol.58, № 3.- P. 329-335.
225. Rabin C., Nardi C. Treating post traumatic stress disorder couples: psychoeducational program // Community. Ment. Health J.- 1991.- Jun.- Vol.7, № 3.- P. 209-224.
226. Rapid eye movement sleep disturbance in posttraumatic stress disorder / Ross R.J., Ball W.A., Dinges D.F. et al. // Biological Psychiatry.- 1994.- Vol.35, № 3.- P. 195-202.
227. Richmond J.S., Beck J.C. Posttraumatic stress disorder in a World War II veteran (letter) // Amer. J. Psychiatry.- 1986.- Vol.143, № 11.-P. 1485-1486.
228. Schnyder U. Zur Prävention und Therapie posttraumatischer Störungen aus biopsychosozialer Sicht // Schweizerische Rundschau für Medizin Praxis.-1996.- Bd 85.- S. 1603-1608.
229. Shalev A.Y. Discussion: treatment of prolonged posttraumatic stress disorder-learning from experience // J. Trauma Stress.- 1997.- Jul.- № 3.- P. 415-423.

230. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories // J. of Traumatic Stress studies.- 1989.- № 2.- P. 199-223.
231. Shatan C.F. Post-Vietnam syndrome // The New-York Times.- 1972.- May.- Vol.6, № 35.
232. Shatan C.F. The grief of soldiers // American Report.- 1972.- Vol.2.- P.1-3.
233. Signs and Symptoms of PTSD / Horowitz M.G., Winer N., Kaltreider N., Alvarez W. // Arch. Gen. Psychiatry.- 1980.- Vol.37, № 1.- P. 85-92.
234. Solomon Z. Combat-related posttraumatic stress disorder among Israeli soldiers. A two-year follow-up // Bull. Menninger Clin.- 1987.- Vol.51, № 1.- P. 80-95.
235. Solomon Z. Psychological sequelae of war: a 3-year prospective study of Israeli combat stress reaction casualties // J. Nerv. Ment. Dis.- 1989.- Vol.177, № 6.- P. 342-346.
236. Solomon Z. The impact of posttraumatic stress disorder in military situations // J. Clin. Psychiatry.- 2001.- Vol.62.- Suppl.17.- P. 11-15.
237. Solomon Z., Flum H. Life events and combat stress reaction in the 1982 war in Lebanon // Isr. J. Psychiat. Relat. Sci.- 1986.- Vol. 23, № 1. — P. 9-16.
238. Stampfer H.G. «Negative symptoms»: a cumulative trauma stress disorder? // Aust. N. Zeal. J. Psychiatry.- 1990.- Vol.24, № 4.- P. 516-528.
239. Tanay E. Initiation of psychotherapy with survivors of Nazi persecution. // Crystal H. (Ed.) Massive Psychic Trauma.- N.Y.: Intern. Universities Press, 1976.
240. Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans / Saxon A.J., Davis T.M., Sloan K.L., McKnight K.M., McFall M.E., Kivlahan D.R. // Psychiatr. Serv.- 2001.- Jul.- Vol.52, № 7.- P. 959-964.
241. Trial of trazodone for posttraumatic stress disorder using a multiple baseline group design / Hertzberg M.A., Feldman M.E., Beckham J.C., Davidson J.R. // J. Clin. Psychopharmacol.- 1996.- Aug.- Vol.6, № 4.- P. 294-298.
242. Van Putten T.T., Emory W.H. Traumatic neurosis in Vietnam returnees // Arch. Gen. Psychiat.- 1973.- Vol.29.- P.695-698.
243. Vaccaro J.V., Cousino I., Vatcher R. The growth of supported employment from horticulture therapy in the veterans' garden // New. Dir-Ment. Health Serv.- 1992.- Spring (53) .- P. 97-104.

244. Vaughan K., Tarrier N. The use of image habituation training with post-traumatic stress disorders // Brit. J. Psychiatry.- 1992.- Nov.- Vol.61.- P. 658-664.
245. Viola J.M., McCarthy D. An eclectic inpatient treatment model for Vietnam and Desert Storm veterans suffering from posttraumatic stress disorder // Mil. Med.- 1994.- Mar.- Vol.59, № 3.- P. 217-220.
246. Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder / Rothbaum B.O., Hodges L.F., Ready D., Graap K., Alarcon R.D. // J. Clin. Psychiatry.- 2001.- Aug.- Vol.62, № 8.- P. 617-622.
247. Wernie U. The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunction and its treatment with eye movement desensitization procedure // J. of Sexeducation and Therapy. -1993. -Vol.19.- P. 212-222.
248. Williams T. (ed.) Posttraumatic Stress Disorder: a handbook for clinicians. - Cincinnati. DC: DAV, 1987.
249. Williams-Keeler L., Milliken H., Jones B. Psychosis as precipitating trauma for PTSD: a treatment strategy // Amer. J. Orthopsychiatry. - 1994.- Jul. - Vol.4, № 3.-P. 493-498.