

*На правах рукописи*

**СОЧИВКО  
Юлия Николаевна**

**ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ  
У КОМБАТАНТОВ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ  
И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ)**

**14.01.06-«Психиатрия»  
14.01.27-«Наркология»**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**  
  
**д и с с е р т а ц и и**  
**на соискание ученой степени**  
**кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2012**

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Государственном бюджетном образовательном учреждении «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

**Научные руководители:**

д-р мед. наук, профессор

***Погосов Альберт Вазгенович***

д-р мед. наук

***Бойко Елена Олеговна***

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

***Рахмазова Любовь Демьяновна***

ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

***Наров Михаил Юрьевич***

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития (Барнаул).

Защита состоится 27 марта 2012 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 24 февраля 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 **О. Э. Перчаткина**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Психическое здоровье военнослужащих, участвующих в локальных войнах, относится к числу актуальных проблем современной психиатрии (Волошин В. М., 2005; Цыганков Б. Д. и др., 2006; Снедков Е. В. и др., 2007; Погосов А. В., 2009; Румянцева Г. М., Степанов А. Л., 2009; Семке В. Я. и др., 2009; Feldner M. T. et al., 2007; Jonson R. R. et al., 2009).

В последние десятилетия наметилась устойчивая тенденция к увеличению распространенности среди населения ПТСР в целом и ПТСР у комбатантов в частности (Табачников С. И., 2006; Новиков В. А. и др., 2009; Вельтищев Д. Ю., 2010; Sanford L. D., Tang X., 2009; Wangetalvi L., Dohrenwend B. P., 2010). Целесообразность выделения категории ПТСР у комбатантов как особого вида психических нарушений определяют перенесенные психотравмирующие события военного времени, качественное сходство клинической картины, полиморфизм ее проявлений, наличие типичных симптомов заболевания (Шамрей В. К., Лыткин В. М., 2006; Ярычев Н. У., 2010; Пальцев А. И. и др., 2010; Mozley S. L. et al., 2005; Marcinko D. et al., 2006). ПТСР у комбатантов характеризуется более интенсивным и длительным влиянием на человека, чем ПТСР при природных и техногенных катастрофах (Фастовцов Г. А., Василевский В. Г., 2005; Литвинцев С. В. и др., 2005; Glenn D. M. et al., 2002; Solter V. et al., 2002).

Описание клиники ПТСР у комбатантов отличается разнообразием, противоречивыми оценками, что связано с неоднородностью объектов исследования, использованием различных методологических подходов отечественными и зарубежными исследователями (Кекелидзе З. И., Портнова А. А., 2002; Остапенко А. В., 2007; Ковлов С. А., 2010; Halligan S. L. et al., 2002). Подчеркиваются присутствие в клинической структуре облигатных и факультативных синдромов, постадийность развития заболевания, формирование стойких изменений личности (Бундало Н. Л., 2008; Якушкин Н. В., 2009; Jones E. et al., 2003). Описываются соматоформные, тревожно-фобические и аффективные нарушения при хроническом течении ПТСР, что лежит в основе выделения различных его клинических вариантов (Семке В. Я., Епанчинцева Е. М., 2005; Погосов А. В., 2006). Необходимость подавлять внутреннюю агрессию и тревогу способствует формированию ПТСР с употреблением ПАВ и развитием зависимости от них (Наров М. Ю. и др., 2007; Сукиасян С. Г., 2009; Резник А. М. и др., 2009; Hunt Y. M. et al., 2006). Сведения об отставленном и хроническом ПТСР содержатся во многих литературных источниках (Царегородцева С. А., 2007; Фокин А. А. и др.,

2010; Feinsteen A. et al., 2002). В числе причин, осложняющих социальную адаптацию больных, выявляется хроническое течение ПТСР с терапевтической резистентностью (Дрига Б. В. и др., 2005; Костюк Г. П., 2008). На первичный стресс, полученный во время войны, накладывается вторичный, связанный с трудностями приспособления к условиям мирной жизни (Rosen C. et al., 2005; Roca V. et al., 2006). О снижении работоспособности, безработице, доходах ниже прожиточного минимума, инвалидизации при хроническом ПТСР у комбатантов сообщается в работах отечественных и зарубежных исследователей (Рыбников О. Н., Маныхин В. В., 2004; Wald J., Taylor S., 2009). Для таких больных характерны чувство отчуждения в общении с родственниками, отсутствие семьи, невозможность получения образования, противоправные действия (Доровских И. В. и др., 2006; Ичитовкина Е. Г., Злоказова М. В., 2010; Taft C. T. et al., 2011).

В настоящее время для больных хроническим ПТСР предлагается определенное количество восстановительных программ, однако в одних случаях при их разработке отдано предпочтение психофармакотерапии, в других – психотерапии, в третьих – сочетанию указанных методов, в четвертых – приоритет отдается психосоциальному подходу (Кутыко И. И., Панченко О. А., 2010; Stein D. J. et al., 2006; Raskin M. A., 2009; Najavits L. M., 2010). Пока еще отсутствуют комплексные дифференцированные программы, рассчитанные на продолжительный период реабилитации комбатантов с хроническим ПТСР (Феденко А. И. и др., 2007; Свечников Д. В. и др., 2009; Хабаров И. Ю. и др., 2009).

Несмотря на значительное количество работ по вопросам клиники, диагностики и реабилитации комбатантов с хроническим ПТСР, проблему вряд ли можно считать исчерпанной. Во-первых, среди анализируемых публикаций отсутствуют исследования клинической структуры и динамики ПТСР спустя 10–15 лет после окончания боевых действий. Во-вторых, недостаточно изучены социальные последствия хронических ПТСР у комбатантов, в том числе показатели их качества жизни. В-третьих, не разработаны лечебно-реабилитационные мероприятия для комбатантов с длительностью ПТСР свыше 10 лет.

**Целью исследования** является изучение клинко-психопатологических и динамических особенностей, социальных последствий хронического ПТСР у ветеранов боевых действий в Чеченской Республике с разработкой программы комплексных реабилитационных мероприятий.

В связи с поставленной целью были определены основные задачи исследования.

### **Задачи исследования**

1. Провести феноменологический и структурный анализ хронического ПТСР у комбатантов.
2. Изучить особенности социального функционирования комбатантов с хроническим ПТСР.
3. Разработать программу комплексных реабилитационных мероприятий для комбатантов с хроническим ПТСР.
4. Оценить эффективность реабилитационных мероприятий у больных хроническим ПТСР с использованием показателей качества жизни.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Безвыборочное обследование участников военных действий показало высокий уровень распространенности ПТСР, в большинстве случаев имеющих хроническое течение; клинический анализ позволил определить основные варианты заболевания – неврозоподобный, психопатоподобный и аддитивный.
2. При хроническом течении ПТСР у комбатантов на отдаленных этапах определяется высокий уровень социальной дезадаптации (преимущественно в трудовой и семейной сферах), наиболее выраженный в случаях психопатоподобного и аддитивного вариантов.
3. Динамика показателей качества жизни и психопатологической симптоматики у комбатантов позволяют оценить эффективность реабилитационных программ, направленных на дифференцированную коррекцию облигатных и факультативных проявлений ПТСР, ресоциализацию больных.

**Научная новизна исследования.** Впервые на большом материале проведен феноменологический и структурный анализ хронического ПТСР у комбатантов в отдаленном периоде после участия в боевых действиях, выделены три клинических варианта течения ПТСР: неврозоподобный, психопатоподобный и аддитивный. Показана высокая частота регистрации облигатных симптомов, свидетельствующая о средней тяжести заболевания. Установлены высокая распространенность и степень выраженности облигатных психопатологических феноменов при неврозоподобном клиническом варианте хронического ПТСР у комбатантов. Выявлено взаимодействие облигатных и факультативных синдромов. На основе изучения социального положения, качества жизни комбатантов с ПТСР определены параметры, которые могут рассматриваться в качестве

маркеров эффективности реабилитационных программ. Впервые разработана комплексная программа медикаментозных, психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий для комбатантов, направленных на дифференцированную коррекцию клинических проявлений заболевания и ресоциализацию больных.

**Практическая значимость исследования.** Значимость работы для практической психиатрии и наркологии заключается в возможности оптимизации диагностики и прогностической оценки хронического ПТСР у комбатантов. Организация в структуре центральных районных больниц Центров медицинской, психологической и социальной реабилитации для комбатантов с хроническим ПТСР будет способствовать улучшению специализированной помощи указанному контингенту, повышению качества их жизни и уровня социального функционирования.

**Внедрение в практику.** Результаты исследования внедрены в практику работы 8 центральных районных больниц Краснодарского края и используются в учебном процессе кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета, кафедры психиатрии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета.

**Апробация работы.** Основные положения диссертационного исследования доложены на итоговой научной конференции сотрудников КГМУ, Центрально-Черноземного научного центра РАМН и отделения РАЕН, посвященной 76-летию Курского государственного медицинского университета (Курск, 2011), XV отчетной научной сессии, посвященной 30-летию научно-исследовательского института психического здоровья Сибирского отделения РАМН (Томск, 2011), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход» (Курск, 2011), совместном заседании кафедр психиатрии и психосоматики, неврологии и нейрохирургии, общей и клинической психологии Курского государственного медицинского университета (Курск, 2011).

**Публикации.** По материалам диссертации опубликованы 10 печатных работ, в том числе 4 статьи в журналах, входящих в список изданий, рекомендуемых ВАК РФ для публикации диссертационных материалов.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 171 странице машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа проиллюстрирована 30 таблицами и 3 рисунками. Библио-

графический указатель включает 393 наименования, из которых 242 отечественных и 151 иностранных источников.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В 2009—2011 гг. в соответствии с поставленными задачами комплексному обследованию подвергнуты 315 участников боевых действий при проведении контртеррористической операции в Чеченской Республике. В период с 1993 по 2003 г. они проходили срочную службу, службу по контракту либо были командированы в зону боевых действий на длительные сроки. Все участники боевых действий (комбатанты) состояли на воинском учете в военном комиссариате Выселковского района Краснодарского края. Для проведения обследования комбатанты приглашались в психиатрический кабинет МУЗ ЦРБ Выселковского района. После ознакомления с целью исследования они давали добровольное согласие на участие в его проведении.

Из 315 обследованных 68 комбатантов (21,59 %) были признаны здоровыми. У остальных 247 (78,41 %) было диагностировано ПТСР, в том числе острое – в 47 (19,03 %), хроническое – в 200 (80,97 %) случаях. Больные острым ПТСР обнаруживали проявления заболевания только в анамнезе.

По параметрам возраст, звание на момент участия в боевых действиях и продолжительность временного периода, прошедшего после окончания участия в боевых действиях, обозначенные группы больных острым и хроническим ПТСР были сходными.

Изучение стрессовых событий, перенесенных больными ПТСР, показало, что они были свидетелями гибели, опасности гибели и ранения сослуживцев (во всех случаях), испытывали угрозу для собственной жизни и здоровья (225 случаев – 91,09 %), наблюдали страдания раненых (197 случаев – 79,75 %).

Критерии исключения из исследования были следующие: коморбидные психические и наркологические заболевания: шизофрения, шизоаффективные расстройства, аффективные расстройства (МДП, циклотимия), эпилептическая болезнь; наркомании и токсикомании; указания в анамнезе на проявления психопатий до призыва на службу, черепно-мозговые травмы, полученные до призыва и во время службы в армии, нарушения мозгового кровообращения, соматические заболевания в стадии обострения.

Все обследованные были мужчинами, жителями села. Их средний возраст на момент обследования составил  $32,13 \pm 0,37$  года.

Для решения поставленных задач в качестве основных методов использовали следующие: клинико-психопатологический, клинико-

динамический, клинико-катамнестический, социологический (качество жизни, социально-демографические показатели), статистический.

Диагностика облигатных проявлений ПТСР осуществлялась на основании указаний МКБ-10 и DSM-III-R. Для оценки типа течения ПТСР опирались на требования DSM-IV. У всех больных основной группы диагностирован хронический тип течения ПТСР (симптомы сохранялись более 3 месяцев). В качестве дополнительных методов диагностики ПТСР использовались «Вопросник для выявления симптомов посттравматического стрессового синдрома (PTSD)» (Watson C. G., 1991), а также психодиагностические подходы исследования ПТСР, адаптированные в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии (Тарабрина Н. В., 2001). Диагностика факультативных проявлений ПТСР проводилась с использованием МКБ-10.

Обследование проводилось автором лично. Его результаты заносились в специально разработанную формализованную карту, отражающую жалобы, субъективный и объективный анамнез заболевания, соматическое, неврологическое и психическое состояние больных. В ней были также данные о наследственной отягощенности психическими и наркологическими заболеваниями, преморбидные личностные характеристики; социально-демографические параметры больных, результаты изучения качества жизни; клинические проявления ПТСР; проводимые реабилитационные мероприятия и др. Изучались амбулаторная и архивная стационарная медицинская документация.

У 143 (71,5 %) больных основной группы в преморбидном периоде выявлены акцентуации характера (возбудимая – 49,65 %, истерическая – 37,76 %, тревожная – 34,26 %).

Программа комплексной медицинской, социальной и психологической реабилитации комбатантов с хроническим ПТСР разработана с учетом существующих принципов организации работы реабилитационных центров в психиатрии и наркологии; полученных результатов исследования. Обозначенные в «Программе» терапевтические подходы основывались на рекомендациях клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» под редакцией В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича (2000) и стандартах оказания наркологической помощи (приказ МЗ РФ от 28.04.1998 г. № 140).

Для оценки показателей качества жизни (КЖ) больных использовался опросник SF-36 (Ware J. E., 1992). Изменение качества жизни больных хроническим ПТСР изучали в динамике: до начала реабилитационного процесса, через 1 месяц его проведения и после завершения (через 2 месяца после начала реабилитации). Получен-

ные результаты сопоставляли с таковыми у больных, не участвовавших в реабилитации.

Т а б л и ц а 1  
Распределение больных по исследовательским группам

| Исследовательская группа   | абс. | %     |
|--|------|-------|
| 1. Здоровые  | 68   | 21,59 |
| 2. Острое ПТСР в анамнезе (контрольная группа)   | 47   | 14,92 |
| 3. Хроническое ПТСР (основная группа)  | 200  | 63,49 |
| Итого  | 315  | 100,0 |
| 4. Неврозоподобный вариант ПТСР (1-я подгруппа)  | 114  | 57,0  |
| 5. Психопатоподобный вариант ПТСР (2-я подгруппа)  | 32   | 16,0  |
| 6. Аддиктивный вариант ПТСР (3-я подгруппа)  | 54   | 27,0  |
| Итого  | 200  | 100,0 |
| 7. Больные из числа хронического ПТСР, участвующие в реабилитации, у которых изучалось КЖ (1-я группа КЖР – основная)      | 61   | 67,78 |
| 8. Больные из числа хронического ПТСР, не участвующие в реабилитации, у которых изучалось КЖ (2-я группа КЖ – контрольная) | 29   | 32,22 |
| Итого  | 90   | 100,0 |

Интерпретация результатов исследования включала эмпирическое описание, выявление статистических и динамических закономерностей. Применяли следующие статистические технологии: 1) описательная статистика – определялись абсолютные и относительные показатели; 2) t-статистика – использовался метод сравнения средних или относительных величин, с помощью которого анализировалась значимость разности показателей двух групп (t-критерий Стьюдента). Достоверными считались различия при  $p < 0,05$  (Сидоренко Е. В., 2002). Результаты исследования обрабатывались с помощью пакета прикладных программ «Statistika» (Реброва О. Ю., 2002).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиника хронического ПТСР у комбатантов на момент обследования включала облигатные и факультативные синдромы. Облигатные синдромы были представлены диагностическими синдромами ПТСР (по МКБ-10) – «реперевиваний», «избегания», «повышенной активации». Факультативные синдромы, которые легли в основу выделения клинических вариантов заболевания, характеризовались невротическими (депрессивные; соматоформные: конверсионные, ипохондрические; тревожные), патохарактерологическими (аффективно-неустойчивые, истерические) и аддиктивными проявлениями.

Феноменологический анализ хронического ПТСР у комбатантов показал, что клинический признак (Б) – «синдром реперевиваний», отнесенный нами к числу облигатных проявлений заболевания, диагностирован у всех больных (100,0 %). У них зафиксировано (из числа предлагаемых для диагностики 4 симптомов) 588 симптомов, в среднем на 1 больного приходилось 2,79 симптома, необходим, как минимум, 1 симптом. «Угнетающие навязчивые воспоминания стрессовых событий» (Б<sub>1</sub>) наблюдались с частотой 60,5 %, со степенью выраженности  $0,76 \pm 0,04$  балла. Наибольшие значения частоты и степени выраженности этого симптома встречались у больных невротическим клиническим вариантом хронического ПТСР (67,54 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $0,89 \pm 0,05$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ), наименьшие – у больных психопатоподобным клиническим вариантом (37,5 %;  $p_3 < 0,05$ ;  $0,37 \pm 0,04$  балла;  $p_3 < 0,05$ ). Диагностический симптом синдрома «реперевиваний» «повторяющиеся неприятные сновидения о стрессовых событиях» (Б<sub>2</sub>) регистрировался с наибольшей частотой 84,5 % и степенью выраженности  $1,6 \pm 0,04$  балла.

Сравнительная оценка частотного распределения упомянутого проявления выявила наиболее высокую его частоту у комбатантов с невротическим клиническим вариантом хронического ПТСР (92,1 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Далее по частоте встречаемости анализируемого симптома (Б<sub>2</sub>) следовал аддиктивный клинический вариант (75,92 %), затем психопатоподобный (71,87 %;  $p_3 > 0,05$ ). По степени выраженности симптом «повторяющиеся неприятные сновидения о стрессовых событиях» при различных клинических вариантах хронического ПТСР у комбатантов распределялся так же, как и в случаях изучения его частоты (невротический –  $1,85 \pm 0,05$  балла; аддиктивный –  $1,31 \pm 0,06$  балла; психопатоподобный –  $1,21 \pm 0,08$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $p_3 > 0,05$ ). «Ощущение возникновения стрессового события вновь» (Б<sub>3</sub>) встречалось с частотой 64,5 %, среднее значение в баллах степени выраженности этого симптома составило  $0,83 \pm 0,04$  балла.

При сравнительной оценке его частоты и степени выраженности в анализируемых подгруппах установлена иная закономерность по сравнению с таковой при изучении симптомов Б<sub>1</sub> и Б<sub>2</sub>. Здесь наибольшая частота упомянутого признака была при аддиктивном клиническом варианте хронического ПТСР (72,22 %;  $p_1 < 0,05$ ;  $p_3 > 0,05$ ). Далее следовало значение частоты симптома Б<sub>3</sub> при психопатоподобном клиническом варианте (68,75 %;  $p_2 < 0,05$ ). Наименьшая частота встречаемости «ощущения возникновения стрессового события вновь» зафиксирована при невротическом клиническом варианте заболевания (59,64 %). Средние значения в баллах степени выраженности симптома Б<sub>3</sub> колебались от  $0,78 \pm 0,05$  балла при невротическом клиническом варианте до  $0,87 \pm 0,05$  балла при аддиктивном

ном варианте и до  $0,93 \pm 0,08$  балла при психопатоподобном варианте ( $p_1, p_2, p_3 > 0,05$ ). Частота «психического дискомфорта в ситуациях, напоминающих стрессовые события» ( $B_4$ ), у комбатантов с хроническим ПТСР была 69,5 %, средние значения степени выраженности симптома –  $1,14 \pm 0,03$  балла. Установлены наибольшие частота и степень выраженности указанного признака при неврозоподобном клиническом варианте заболевания ( $77,19$  %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $1,42 \pm 0,06$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Наименьшие частота и степень выраженности симптома  $B_4$  зафиксированы у больных с аддитивным клиническим вариантом ( $57,4$  %;  $p_3 > 0,05$ ;  $0,72 \pm 0,06$  балла;  $p_3 > 0,05$ ).

Клинический признак В хронического ПТСР – синдром «избегания», рассматриваемый нами в качестве облигатного проявления заболевания, встречался у всех больных (100,0 %). При проведении психопатологического анализа у них выявлен 781 симптом из числа 7 симптомов, предлагаемых для диагностики синдрома «избегания». На 1 больного в среднем приходилось 3,9 симптома при необходимости наличия, как минимум, 3 симптомов. «Борьба с мыслями и чувствами, связанными со стрессовыми событиями» ( $B_1$ ) встречалась у 57,5 % больных, с интенсивностью  $0,88 \pm 0,04$  балла. Сравнительная оценка частотного распределения указанного симптома ( $B_1$ ) в подгруппах показала наиболее высокую частоту признака при неврозоподобном клиническом варианте заболевания ( $63,15$  %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Наименьшая частота этого показателя зафиксирована у больных с аддитивным клиническим вариантом ( $48,14$  %;  $p_3 > 0,05$ ). Интенсивность проявлений анализируемого признака у больных с психопатоподобным и аддитивными вариантами достоверно не отличалась ( $0,59 \pm 0,08$  балла;  $0,64 \pm 0,06$  балла;  $p_3 > 0,05$ ). Наибольшая интенсивность проявлений симптома  $B_1$  отмечена при неврозоподобном клиническом варианте ( $1,07 \pm 0,06$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ).

Диагностический симптом  $B_2$  «избегание деятельности или ситуаций, напоминающих о стрессовых событиях» зарегистрирован у 66,5 % больных, среднее значение интенсивности его проявлений составило  $1,0 \pm 0,04$  балла. Сравнительная оценка частоты и интенсивности этого признака в обозначенных подгруппах выявила, как и при анализе предыдущего признака (симптома  $B_1$ ), примерно сходную закономерность частотного распределения симптома и степени выраженности его проявлений. Наивысшие значения показателей частоты и интенсивности наблюдались у комбатантов с неврозоподобным клиническим вариантом хронического ПТСР ( $70,17$  %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $1,2 \pm 0,05$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Статистически достоверных различий упомянутых показателей во 2-й и 3-й подгруппах не установлено ( $p_3 > 0,05$ ). «Невозможность вспомнить важные обстоятельства стрессовых событий» ( $B_3$ ) выявлена с частотой

56,5 %. Среднее значение степени выраженности этого признака составило  $0,78 \pm 0,05$  балла. При анализе изучаемых показателей в выделенных с учетом клинических вариантов заболевания подгруппах установлены другие особенности частотного распределения и степени выраженности симптома  $B_3$ . Здесь наиболее высокая частота его встречаемости зафиксирована при аддитивном клиническом варианте, наименее – при неврозоподобном ( $63,11$  и  $54,38$  %;  $p_2 < 0,05$ ;  $p_3 < 0,05$ ). В то же время наибольшие средние значения показателя интенсивности наблюдались у больных с неврозоподобным клиническим вариантом заболевания ( $0,85 \pm 0,06$  балла), при этом они достоверно не отличались от таковых при аддитивном клиническом варианте ( $0,74 \pm 0,06$  балла;  $p_2 > 0,05$ ).

Диагностический признак «утрата интереса к значимой деятельности» ( $B_4$ ) наблюдался реже других составляющих синдрома «избегания» ( $47,5$  %), его интенсивность была одной из самых низких ( $0,72 \pm 0,04$  балла). Наиболее высокие частота встречаемости и степень выраженности проявлений симптома  $B_4$  отмечены в 1-й подгруппе больных с неврозоподобным вариантом ( $51,75$  %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $0,9 \pm 0,05$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). При сравнении этих показателей во 2-й и 3-й подгруппах статистически достоверных различий не выявлено ( $p_3 < 0,05$ ). «Чувство отчуждения или обособленности от людей» ( $B_5$ ) регистрировалось в 57,5 % случаев. Средние значения степени выраженности указанного симптома составили  $0,81 \pm 0,08$  балла. Здесь, как и в случаях анализа диагностических признаков  $B_1, B_2, B_3, B_4$ , в подгруппе больных с неврозоподобным клиническим вариантом хронического ПТСР наблюдались наиболее высокие значения изучаемых показателей (частота – 61,4 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ; интенсивность –  $0,91 \pm 0,06$ ;  $p_1, p_2 < 0,05$ ).

Диагностический симптом синдрома «избегания»  $B_6$  «малая возбудимость эмоциональных реакций» встречался с частотой 49,0 %, средние значения его интенсивности равнялись  $0,78 \pm 0,04$  балла. Самый высокий показатель частоты анализируемого симптома зафиксирован при неврозоподобном клиническом варианте заболевания ( $52,26$  %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ), при психопатоподобном и аддитивном вариантах он почти не отличался ( $40,62$  и  $40,74$  %;  $p_3 > 0,05$ ). Наиболее высокая степень выраженности симптома  $B_6$  отмечена в 1-й подгруппе ( $0,95 \pm 0,05$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Анализируемый показатель во 2-й подгруппе был статистически достоверно выше по сравнению с таковым в 3-й подгруппе ( $0,78 \pm 0,08$  балла и  $0,46 \pm 0,09$  балла;  $p_3 < 0,05$ ).

«Пессимистическая оценка будущего» ( $B_7$ ) выявлена с частотой 56,0 %, среднее значение интенсивности симптома составило  $0,71 \pm 0,05$  балла. Сравнительная оценка частоты и интенсивности проявлений признака  $B_7$  в обозначенных клинических подгруппах

показала самые высокие его значения у больных с неврозоподобным вариантом заболевания (62,28 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $0,83 \pm 0,06$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Достоверных отличий анализируемых показателей во 2-й и 3-й подгруппах не установлено.

Облигатный синдром хронического ПТСР – синдром «повышенной активации» выявлен у всех больных (100,0 %), у них регистрировалось 902 симптома из числа 6 диагностических признаков. В среднем на 1 больного приходилось 4,51 симптома (необходимо, как минимум, 2). Этот показатель был самый высокий при сравнении его с аналогичными показателями других облигатных синдромов, что свидетельствует о большей представленности симптомов «повышенной активации» в клинике хронического ПТСР у комбатантов. Диагностический признак «нарушение сна» ( $\Gamma_1$ ) регистрировался с высокой частотой и интенсивностью в целом: 95,0 и  $1,68 \pm 0,05$  балла. У больных 1-й и 2-й подгрупп частота признака была примерно одинаковой (96,49 и 96,87 %;  $p_1 > 0,05$ ) и преобладала над таковой в 3-й подгруппе (90,74 %;  $p_2, p_3 < 0,05$ ). Наибольшая интенсивность анализируемого признака зафиксирована при неврозоподобном клиническом варианте ( $1,96 \pm 0,06$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Показатель интенсивности при психопатоподобном и аддиктивном клинических вариантах достоверно не отличался ( $p_3 > 0,05$ ).

Второе место по частоте встречаемости в целом занимал признак  $\Gamma_2$  – «раздражительность или вспышки гнева». Он достоверно преобладал в 1-й подгруппе (91,22 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Во 2-й и 3-й подгруппах статистически значимых отличий частоты признака не установлено ( $p_3 > 0,05$ ). Средние значения в баллах степени выраженности симптома  $\Gamma_2$  наиболее высокими были при неврозоподобном клиническом варианте хронического ПТСР ( $1,47 \pm 0,06$ ;  $p_2 < 0,05$ ). «Трудности концентрации внимания» ( $\Gamma_3$ ) наблюдались с частотой 68,0 %, интенсивностью  $1,18 \pm 0,04$  балла. Анализируемые показатели у больных с неврозоподобным вариантом заболевания фиксировались наиболее выраженными (частота – 83,33 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ , интенсивность –  $1,51 \pm 0,05$  балла;  $p_1, p_2 < 0,05$ ).

«Чрезмерная бдительность» ( $\Gamma_4$ ) регистрировалась у всех обследованных больных с частотой 65,0 %. В обозначенных клинических подгруппах указанный признак встречался со статистически достоверно не отличающейся частотой (1-я подгруппа – 64,03 %; 2-я подгруппа – 68,75 %; 3-я подгруппа – 64,81 %;  $p_1, p_2, p_3 > 0,05$ ). В то же время самый высокий показатель интенсивности зафиксирован при психопатоподобном варианте ( $1,37 \pm 0,13$  балла;  $p_1, p_3 < 0,05$ ). Диагностический симптом «повышенной активации» ( $\Gamma_5$ ) – «преувеличена реакция испуга» – выявлен у 60,0 % больных, его интенсивность составила  $0,9 \pm 0,04$  балла. Частота этого признака статистически достоверно преобладала в 1-й подгруппе больных с неврозоподоб-

ными проявлениями заболевания (67,54 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ), для них же была характерна и наибольшая степень выраженности симптома ( $1,07 \pm 0,06$  балла;  $p < 0,05$ ). Статистических различий показателей частоты и интенсивности во 2-й и 3-й подгруппах не выявлено. Значение частоты «соматовегетативных расстройств в ситуациях, напоминающих стрессовые события» ( $\Gamma_6$ ) в целом равнялось 74,5 %, интенсивности –  $1,25 \pm 0,03$  балла. Анализ частотного распределения признака ( $\Gamma_6$ ), оценка степени его выраженности в обозначенных подгруппах продемонстрировали наиболее высокие показатели при неврозоподобном клиническом варианте заболевания (74,5 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ;  $1,38 \pm 0,05$ ;  $p_1, p_2 < 0,05$ ).

К проявлениям, определяющим неврозоподобный клинический вариант ПТСР, относились конверсионные расстройства. Они выявлены у 43 из 114 больных (37,71 %). На 1 больного приходилось по несколько конверсионных симптомов (в среднем 2,3 симптома). Среди двигательных симптомов с наибольшей частотой выявлялись «параличи и парезы» (46,51 %), среди сенсорных – «анестезия и гипестезия» (44,18 %) и «ком в горле» (30,23 %). Затем по частоте встречаемости следовали «контрактуры» и «глухота» (по 23,25 %), «припадки» и «гиперкинезы» (по 20,93 %). С наименьшей частотой фиксировались «астазия-абазия», «мутизм», «слепота» (по 6,97 %).

Ипохондрические расстройства (25 больных – 21,92 %) выражались искажённой интерпретацией больными телесных ощущений, вегетативных и других симптомов для обоснования соматического заболевания. Предпринимаемые врачами разъяснения безвредности этих проявлений не успокаивали их. Они использовали различные способы контроля состояния своего организма. Больные избегали деятельности, которая «отрицательно сказывалась на здоровье» (избегающее поведение), искали информацию, подтверждающую отсутствие у них соматического заболевания, настаивали на проведении консультаций у врачей различных специальностей, повторных инструментальных и лабораторных обследованиях. Содержание разговоров и мыслей у них было посвящено исключительно теме здоровья.

Эпизодическая пароксизмальная тревога (панические атаки) фиксировалась у 36 больных (31,57 %) с неврозоподобным клиническим вариантом хронического ПТСР. Клиническая картина здесь была представлена сочетанием психических и вегетативных симптомов. Среди психических симптомов панической атаки во всех случаях (100,0 %) встречался «страх смерти». Больные высказывали опасения о смертельном исходе из-за «остановки сердца», «инфаркта миокарда», «инсульта». «Деперсонализация или дереализация» выявлена в 30,55 % случаев. Больные сообщали о «потере контроля над мыслями», «не чувствовали своего тела», восприни-

мали окружающее «нереальным». У 8,33 % больных отмечен «страх сойти с ума или потерять самообладание». При изучении вегетативных симптомов панической атаки установлена наибольшая частота «сердцебиения, учащённого пульса» (100,0 %). «Ощущение нехватки воздуха, одышка» регистрировались у 80,55 % больных, «жар (волны жара) или озноб» – у 61,11 %, «тремор» – у 52,77 %. Частота панических атак колебалась от нескольких в день или в неделю до одной в 2—3 месяца. У всех больных (100,0 %) в промежутке между паническими атаками наблюдались опасения их развития вновь («тревога предвосхищения»). Они сопровождалась защитным поведением: 69,44 % больных избегали посещения мест со скоплением людей (рынки, магазины, общественный транспорт), 47,22 % больных контролировали работу сердца, лёгких (измеряли кровяное давление, считали частоту пульса и дыхания), 36,11 % больных постоянно носили с собой лекарственные средства, 30,55 % больных обращались к врачам различных специальностей для обследования.

Изучение депрессивных нарушений при неврозоподобном клиническом варианте хронического ПТСР у комбатантов (61 больной – 53,5 %) во всех случаях обнаружило «сниженное настроение» («грусть», «скука», «уныние», «угнетённость», «подавленность» и т. д.). «Снижение энергии» встречалось в 70,49 % случаев. Оно проявлялось чувством усталости, утомляемостью, слабостью, ощущением потери энергии. «Утрата интересов и удовольствия» (ангедония) наблюдалась у 49,18 % больных. Происходила потеря имевшего место ранее профессионального интереса. Больные не получали удовольствие от общения с близкими, друзьями, сослуживцами, из-за чего ограничивали контакты с окружающими. Утрата удовольствия затрагивала и витальные чувства (сексуальные отношения, чувство жажды, голода, ощущение вкуса пищи). «Заниженные самооценка и чувство уверенности в себе» выявлены в 80,32 % случаев. Больные считали себя умственно и физически неполноценными, принижали собственные достоинства («слаб физически», «плохо соображаю»), они не верили в свои силы и возможности, были склонны к сомнениям. О «мрачном и пессимистическом видении будущего» свидетельствовали высказывания о предстоящих неудачах, проблемах, связанных со здоровьем, финансовыми затруднениями (70,49 %). Идеи виновности и унижения преимущественно касались событий боевого стресса.

Психопатоподобный вариант хронического ПТСР (32 больных – 16,0 %) отмечался в основном у комбатантов с акцентуацией в преморбиде по возбудимому (65,62 %) и истерическому (28,12 %) типам. В психотравмирующей ситуации, связанной с боевым стрессом, комбатанты становились крайне раздражительными, нетерпе-

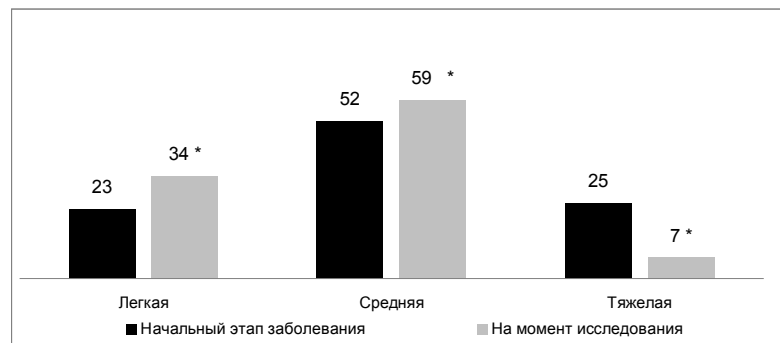
ливыми, вспыльчивыми. Явления психической гиперестезии, наблюдающиеся после возвращения из зоны боевых действий, были причиной появления внутрисемейных и производственных конфликтов. Со временем в структуре личности начинали доминировать возбудимость, агрессивность, конфликтность, склонность к дисфорическим реакциям. Появлялись злопамятность, застревание на негативных переживаниях. Описанные характерологические черты приводили к нарушению социальной адаптации.

Формирование проявлений психопатоподобного варианта хронического ПТСР у комбатантов завершалось через 2—3 года после начала заболевания. У таких больных, наряду с социальной отгороженностью, отчуждённостью, враждебным отношением к окружающим, в 90,63 % случаев были зафиксированы проявления аффективно-неустойчивого, в 9,37 % случаев – сочетание аффективно-неустойчивого и истерического типов изменений личности. Аффективно-неустойчивый тип проявлялся эмоциональной неустойчивостью, тенденцией действовать импульсивно без учета последствий, гневливостью, вспышками жестокости, аффективно-деструктивными формами поведения, особенно в ответ на осуждение окружающими. При сочетании аффективно-неустойчивого и истерического типов вышеописанные проявления дополнялись демонстративностью, нарочитостью, стремлением совершать неожиданные, привлекающие внимание окружающих поступки.

Формирование аддитивного варианта хронического ПТСР у комбатантов (54 больных – 27,0 %) происходило в результате систематического (практически ежедневного) приёма алкоголя, используемого больными для воздействия на симптомы синдромов «реперевиваний» и «избегания». Алкогольное опьянение при приеме небольших доз алкоголя купировало переживания, связанные с воспоминаниями и сновидениями пережитых психотравмирующих событий, расширяло и улучшало контакты больных с окружающими, способствовало появлению интереса к повседневной деятельности, планов на будущее. Во всех изученных случаях (100,0 %) было выявлено первичное патологическое влечение к алкоголю. На первых порах оно было представлено ситуационно обусловленной разновидностью. Желание принять алкоголь возникало в традиционных ситуациях, к числу которых относился и определённый период времени после возвращения из боевой командировки, когда «происходила» интенсивная алкоголизация, чтобы «снять напряжение», «отключиться», «забыться». В последующем, наряду с упомянутой разновидностью, появлялось спонтанно возникающее первичное патологическое влечение к алкоголю, которое на момент обследования в одних случаях было с борьбой мотивов (27,77 %), в других – без борьбы мотивов (48,14 %). Вторичное патологическое влечение



к алкоголю, возникающее в опьянении, сопровождалось снижением количественного контроля (20,37 %) либо его утратой (51,85 %). Об изменённой реактивности организма на действие алкоголя у больных свидетельствовали повышение толерантности, изменение клинической картины опьянения, алкогольные амнезии. Уровень толерантности к алкоголю на момент обследования колебался в пределах 500,0—1200,0 мл (в пересчете на 40-процентную водку). Изменение клинической картины алкогольного опьянения встречалось в 68,51 % случаев. Алкогольные амнезии опьянения были выявлены у 79,62 % больных. Встречались наркотические амнезии, алкогольные палимпсесты, тотальные амнезии. Изменённые формы злоупотребления алкоголем зафиксированы во всех случаях (100,0 %) – постоянное пьянство с высокой толерантностью (66,67 %), перемежающееся пьянство (33,33 %). Алкогольный абстинентный синдром диагностирован у 35,18 % больных, чаще он проявлялся в виде соматовегетативных и неврологических расстройств. Изменения личности характеризовались сочетанием лживости, изворотливости, повышенной самооценки, хвастливости (истерический тип) с неприязнью, недовольством, раздражением, злобой, агрессивными поступками (эксплозивный тип). На момент обследования у 57,41 % больных наблюдались различные сроки воздержания от алкоголя (ремиссия), чаще всего в результате противоалкогольного лечения. У 42,59 % больных ремиссия отсутствовала.



**Рис. Степень тяжести проявлений хронического ПТСР у комбатантов в динамике**

**Примечание.** \* – Здесь знак, свидетельствующий о достоверности различий ( $p < 0,05$ ) показателей на различных этапах заболевания.

Наряду с феноменологическим анализом изучена динамика клинических проявлений ПТСР у комбатантов. У комбатантов с острым ПТСР практически все проявления заболевания на момент обследо-

вания не выявлялись. У комбатантов с хроническим ПТСР отмечалась другая динамика. Если на начальном этапе заболевания у 23,0 % из них наблюдались проявления ПТСР легкой степени, у 52,0 % – средней степени тяжести и у 25,0 % – тяжелой степени, то на момент обследования легкая степень установлена у 34,0 % ( $p < 0,05$ ), средняя степень тяжести – у 59,0 % ( $p < 0,05$ ), тяжелая – у 7,0 % ( $p < 0,05$ ). У комбатантов, страдающих хроническим ПТСР, в динамике выросла доля лиц с легкой и средней степенью тяжести заболевания (на 11,0 и 7,0 %) за счет уменьшения удельного веса лиц с тяжелой (на 18,0 %) степенью тяжести заболевания (рис.).

Изучение образовательного уровня на момент обследования показало, что в контрольной группе он был выше, чем в основной. Среди комбатантов с хроническим ПТСР преобладали лица с неполным средним и средним образованием (51,5 %;  $p < 0,05$ ). В то же время комбатанты, перенесшие острое ПТСР, преимущественно имели среднее специальное образование (91,5 %;  $p < 0,05$ ). Доля лиц с незаконченным высшим и высшим образованием в контрольной и основной группах оказалась невысокой (8,5 и 9,0 %). Анализ уровня образования комбатантов в зависимости от клинического варианта хронического ПТСР свидетельствует о его более высоком уровне у больных с неврозоподобным клиническим вариантом. Среди них был достоверно выше удельный вес лиц с высшим и незаконченным высшим образованием (14,0 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Доля больных, имеющих среднеспециальное образование, здесь была также выше, чем у больных с аддитивным вариантом ПТСР (51,8 и 37,0 %;  $p_1, p_2 < 0,05$ ). Больные с психопатоподобным вариантом ПТСР не имели среднеспециального образования ( $p_3 < 0,05$ ). У больных с психопатоподобным и аддитивным клиническими вариантами хронического ПТСР наибольший удельный вес приходился на неполное среднее и среднее образование (100,0 и 59,3 %;  $p_1, p_2, p_3 < 0,05$ ).

Оценка трудового статуса обследованных свидетельствовала о лучшей трудовой адаптации комбатантов, перенесших острое ПТСР, по сравнению со страдающими хроническим ПТСР. Все комбатанты, перенесшие острое ПТСР, работали (100,0 %;  $p < 0,05$ ). Речь идет преимущественно о высококвалифицированном труде. Служащих государственных и муниципальных органов и учреждений, предпринимателей среди них было 78,7 % ( $p < 0,05$ ). Среди комбатантов, страдающих хроническим ПТСР, больший удельный вес занимали безработные (18,5 %;  $p < 0,05$ ) и занятые неквалифицированным трудом (42,9 %;  $p < 0,05$ ). Среди лиц с неврозоподобным и аддитивным клиническими вариантами хронического ПТСР преобладали работающие (100,0 и 90,8 %;  $p_1, p_2, p_3 < 0,05$ ). Все обследованные психопатоподобным вариантом заболевания не работали. При неврозоподобном варианте хронического ПТСР зарегистриро-

вана наибольшая доля служащих и предпринимателей (53,5 %;  $p_1, p_2, p_3 < 0,05$ ), в то время как среди больных с аддитивным вариантом – неквалифицированных рабочих (65,3 %;  $p_1, p_2, p_3 < 0,05$ ). Удельный вес квалифицированных рабочих в обеих группах был примерно одинаковый: неврозоподобный вариант – 13,2 %, аддитивный – 12,3 %.

Все комбатанты, перенесшие острое ПТСР (контрольная группа), состояли в браке. В основной группе (хроническое ПТСР) доля женатых составила 70,0 % ( $p < 0,05$ ). Удельный вес холостых и разведенных был 19,5 и 10,5 % ( $p < 0,05$ ). В анализируемых группах наибольший удельный приходился на лиц, имеющих 1 ребенка, однако доля таковых была достоверно выше ( $p < 0,05$ ) в контрольной группе (87,2 %). У 34,0 % больных хроническим ПТСР детей не было ( $p < 0,05$ ). Больные с неврозоподобным вариантом хронического ПТСР в 92,1 % случаев состояли в браке ( $p_1, p_2 < 0,05$ ). Среди больных с аддитивным вариантом женатых было 64,8 % ( $p_2 < 0,05$ ). При психопатоподобном варианте хронического ПТСР 71,9 % комбатантов были холосты ( $p_1, p_3 < 0,05$ ), 28,1 % – разведены ( $p_1, p_3 < 0,05$ ). Бездетные также достоверно преобладали среди больных с психопатоподобным вариантом хронического ПТСР (75,0 %;  $p_1, p_3 < 0,05$ ). Среди больных с неврозоподобным и аддитивным вариантами ПТСР отмечался большой удельный вес лиц, имеющих 1 ребенка (64,9 и 51,8 %;  $p_1, p_3 < 0,05$ ). 2 детей было в семьях 14,9 % больных с неврозоподобным вариантом и 9,3 % пациентов с аддитивным вариантом хронического ПТСР.

Результаты исследования использованы при разработке программы медико-социальной реабилитации комбатантов, страдающих хроническим ПТСР, проживающих в сельской местности. Ее целью являлось осуществление комплекса медикаментозных, психотерапевтических, психокоррекционных и социотерапевтических мероприятий, направленных на реабилитацию и ресоциализацию комбатантов с хроническим ПТСР (табл. 2, 3).

**Таблица 2**

**Медикаментозные препараты, используемые в реабилитационном процессе**

| Клинические варианты хронического ПТСР у комбатантов | Группы медикаментозных препаратов  |
|--|--|
| 1. Неврозоподобный                                   | Нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, бензодиазепиновые транквилизаторы                      |
| 2. Психопатоподобный                                 | Нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, нейрометаболики  |
| 3. Аддитивный  | Нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, нейрометаболики, сенсibilизирующие к алкоголю средства |

Эффективность реабилитационной программы изучена в группе из 49 комбатантов с разными клиническими вариантами хронического ПТСР. Проанализировано частотное распределение психопатологических проявлений облигатных синдромов хронического ПТСР до и после завершения реабилитационных мероприятий.

**Таблица 3**

**Основные практики психотерапии, направления применения и мишени воздействия**

| Основная практика                          | Направление применения и мишень воздействия   |
|--|---|
| Рациональная психотерапия                  | Выработка правильного понимания симптомов заболевания; облигатные и факультативные симптомы хронического ПТСР   |
| Когнитивно-поведенческая психотерапия      | Преодоление эмоционального напряжения, тревоги, страха; синдромы «репереживания», «повышенной активации»  |
| Методика психической саморегуляции         | Улучшение настроения, снижение беспокойства, чувства тревоги и страха, оптимизация физической и умственной работоспособности  |
| Индивидуальная и групповая суггестивная ПТ | Снижение эмоционального напряжения; астенические проявления, вегетативные расстройства, синдром «повышенной активации»  |
| Групповая психотерапия                     | Избавление от чувства изолированности, отчуждения и одиночества. Социальная поддержка, освоение новых навыков поведения и общения, формирование навыков совладания с последствиями психических травм, раскрытие позитивных личностных ресурсов; синдром «избегания», уровень качества жизни |
| Социально-поведенческий тренинг            | Оптимизация межличностных отношений, осознание неэффективных и выработка новых форм общения, умение устанавливать контакты, вести диалог, конструктивно разрешать конфликты   |

Установлено уменьшение значения показателей частоты психопатологических проявлений облигатных синдромов хронического ПТСР у комбатантов за время проведения реабилитационных мероприятий. Статистически достоверные результаты ( $p < 0,05$ ) получены по 14 из 17 признаков. Наилучшей положительной динамике подверглись симптомы (в порядке убывания): «раздражительность или вспышки гнева», «ощущение возникновения стрессового события вновь», «нарушения сна», «соматовегетативные расстройства в ситуациях, напоминающих стрессовые события». Наихудшая динамика отмечена по признакам: «утрата интереса к значимой деятельности», «малая выразительность эмоциональных реакций», «чрезмерная бдительность», преувеличенная реакция испуга». Это свидетельствует о целесообразности увеличения продолжительности процесса реабилитации.

Изучение качества жизни комбатантов с хроническим ПТСР, принявших участие в программе реабилитации, показало наиболее

динамичные изменения субъективной оценки по показателям «физическая активность» и «жизнеспособность». По показателю «боль» динамика прослеживается только в начальный период терапии. Наиболее активный ответ на реабилитационную программу дают такие показатели качества жизни, как «ролевое эмоциональное функционирование» и «психическое здоровье». Показатель качества жизни «социальная активность» изменяется незначительно. Все оцениваемые показатели качества жизни по шкалам SF-36 в контрольной группе остались практически без изменений.

## ВЫВОДЫ

1. У участников военных действий в Чеченской Республике в отдаленном периоде (7–15 лет) регистрируется высокая частота ПТСР (247 из 315 обследованных – 78, 41 %), имеющих в 80,97 % случаев (200 больных) хроническое течение.

2. Разновидность факультативного синдрома определяет клинический вариант хронического ПТСР у комбатантов: неврозоподобный (конверсионные, ипохондрические, тревожные и депрессивные симптомы), психопатоподобный (аффективно-неустойчивые, истерические симптомы) и аддиктивный (синдром алкогольной зависимости).

3. Феноменологический анализ хронического ПТСР у комбатантов на отдаленных этапах наблюдения выявил особенности течения патологии.

3.1. Средняя степень тяжести заболевания преобладает при всех клинических вариантах хронического ПТСР.

3.2. При неврозоподобном варианте хронического ПТСР у комбатантов наблюдаются наиболее высокие частота и степень выраженности (интенсивность) облигатных синдромов.

3.3. В клинической картине облигатных проявлений ПТСР с наибольшей частотой представлен синдром «повышенной активации», с наименьшей – синдром «избегания».

4. Взаимовлияние облигатных и факультативных синдромов при хроническом ПТСР проявляется следующим образом:

- конверсионные реакции, панические атаки провоцируют навязчивые воспоминания в ситуациях, напоминающих о стрессовых событиях; содержательная сторона депрессивных переживаний касается событий боевого стресса;

- на процесс формирования факультативного психопатоподобного синдрома оказывают влияние навязчивые воспоминания стрессовых событий – «репереживания»;

- становление аддиктивного синдрома происходит в результате систематического приема алкоголя, используемого больными для купирования симптомов «репереживаний» и «избегания».

5. Оценка параметров образования, трудового статуса и семейного положения комбатантов свидетельствует о более низком уровне социального функционирования у больных хроническим ПТСР по сравнению с контрольной группой. Показатели социального функционирования при психопатоподобном и аддиктивном вариантах достоверно ниже, чем при неврозоподобном ( $p < 0,05$ ).

6. Реабилитация комбатантов с хроническим ПТСР предусматривает осуществление комплекса медикаментозных, психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий, направленных на дифференцированную коррекцию облигатных и факультативных проявлений заболевания, ресоциализацию больных. В реабилитации используется биопсихосоциальный подход с участием полипрофессиональной бригады: психиатр, психиатр-нарколог (в случаях аддиктивного варианта заболевания), клинический психолог, специалист по социальной работе.

7. Реализация реабилитационных мероприятий при хроническом ПТСР у комбатантов способствовала уменьшению выраженности облигатных симптомов заболевания и положительной динамике показателей качества жизни: «ролевое эмоциональное функционирование», «психическое здоровье», «физическая активность», «жизнеспособность».

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Регистрация невротических, патохарактерологических и аддиктивных проявлений у ветеранов войн спустя продолжительный период после участия в боевых действиях обуславливает целесообразность более тщательного выявления факультативных симптомов ПТСР для диагностики хронического течения заболевания.

2. Выделение клинических вариантов хронического ПТСР у комбатантов диктует необходимость дифференцированного подхода к проведению психофармакотерапевтических, психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий.

3. Значения показателей качества жизни по шкале SF-36 можно использовать как прогностические критерии хронического ПТСР у комбатантов, а их динамику – для оценки эффективности реабилитационного процесса и определения необходимости дальнейшего участия больных в реабилитационных программах.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Сочивко, Ю. Н. Клиника и лечение посттравматических стрессовых расстройств, сочетающихся с алкоголизмом, у комбатантов / А. В. Погосов, С. Н. Морозова, Ю. Н. Сочивко // XV съезд психиатров России. – М. : ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – С. 263—264.
2. Сочивко, Ю. Н. Медицинские и социальные последствия боевых посттравматических стрессовых расстройств / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Университетская наука: Взгляд в будущее: материалы итог. науч. конф. сотрудников КГМУ, Центрально-Черноземного науч. центра РАМН и отд-ния РАЕН, посвящ. 76-летию Курского ГМУ (2—3 февраля 2011 г.) / под ред. В. А. Лазаренко, П. В. Калущкого, А. И. Конопки, О. О. Куриловой. В 3-х томах. – Т. III. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – С. 45—50.
3. Сочивко, Ю. Н. Клинические особенности и социальные последствия хронических посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 17—20.
4. Сочивко, Ю. Н. Медицинские и социальные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко, Н. С. Сочивко // Акт. вопросы психиатрии и наркологии : материалы XV науч. отчет. сессии НИИ ПЗ СО РАМН (Томск 6—7 сентября 2011 г.). – Томск : изд-во Иван Федоров, 2011. – Вып. 15. – С. 186.
5. Сочивко, Ю. Н. Программа комплексной (медицинской, социальной, психологической) реабилитации больных боевым хроническим посттравматическим стрессовым расстройством / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход : материалы Всероссийской научно-практ. конф. с междунар. участием (24—25 ноября 2011 г.) – Курск: КГМУ, 2011. – С. 320—326.
6. Сочивко, Ю. Н. Отдаленные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Е. О. Бойко, Ю. Н. Сочивко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 6 (129). – С. 105—109.
7. Сочивко, Ю. Н. Клиника, социальные последствия, вопросы реабилитации при боевых посттравматических стрессовых расстройствах / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Модернизация психиатр. службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья (орг., терапевт. и профилактич. аспекты) : материалы IV нац. конгр. по психиатрии / под ред. З. И. Кекелидзе, В. Н. Краснова. – СПб. : Айсинг, 2011. – С. 36.
8. Сочивко, Ю. Н. Клиничко-социальные характеристики и реабилитация больных боевым посттравматическим стрессовым расстройством / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным : материалы Всерос. конф. / под ред. З. И. Кекелидзе, В. Н. Краснова. – СПб. : Айсинг, 2011. – С. 427.
9. Сочивко, Ю. Н. Медицинские и социальные последствия посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов / А. В. Погосов, Ю. Н. Сочивко // Курский научно-практ. вестник «Человек и его здоровье». – 2012. – № 1. – С. 15—22.
10. Сочивко, Ю. Н. Качество жизни комбатантов с хроническим ПТСР и его динамика в результате реабилитационных мероприятий / А. В. Погосов, Е. О. Бойко, Ю. Н. Сочивко, Н. С. Сочивко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1 (70). – С. 19—23.