

У більшості пацієнтів (72 %) на ініціальному етапі психозу симптоми ПТСР повністю витіснялися психотичною симптоматикою, яка зазнавала патопластичного впливу психотравми у вигляді «вплетення» сюжетної лінії психотравмуючих обставин у фабулу психопатологічних розладів психотичного регістру. У пацієнтів з ШАР зміст психогенії можна було виявити у всіх регістрах психопатології — афективному, галюцинаторному, маячному. У пацієнтів з шизофренією патопластична дія психотравми на ініціальному етапі рецидиву проявлялася в ускладненні тієї галюцинаторно-маячної симптоматики, яка становила основу продуктивних розладів протягом всієї хвороби.

У 20 % пацієнтів на ініціальному етапі розвитку психозу спектра шизофренії виникали «мікстові» психопатологічні поєднання, що включали в себе симптоми психогенного та ендogenousного захворювань, утворюючи поліморфні ендореактивні стани. У 8 % випадків — симптоми ПТСР не зазнавали змін, незалежно співіснуючи з ендogenousними розладами психотичного регістру.

На етапі розгорнутого шизофренічного психозу в більшості спостережень (88 %) психогенні розлади піддавалися повній редукції. Значно зменшувався або припинявся повністю патопластичний вплив психотравмуючих обставин, що виявлявся на ініціальному етапі. Внаслідок чого психотравмуючі події «випадали» із сюжетної лінії психотичних переживань. У частини хворих (12 %) розгорнуті прояви психозу зберігали «відбиток» психотравми у вигляді її «звучання» в афективних, галюцинаторних або маячних переживаннях. У випадку параноїдної шизофренії у пацієнтів переважно спостерігалися галюцинаторно-маячні розлади персекуторного характеру.

Таким чином, у більшості випадків, які були нами вивчені, відзначалося витіснення психогенних симптомів й їх патопластичний вплив на психотичну симптоматику тільки на ініціальному етапі рецидиву шизофренічного психозу, коморбідного з ПТСР. На етапі розгорнутого ендogenousного психозу психогенні розлади повністю перекиваються психотичними порушеннями.

УДК 616.89-008.441.1-001«364»

**В. С. Подкорытов**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков*

### **Психотические формы боевой психической травмы**

Под боевой психической травмой (БПТ) понимается развитие у человека разной степени тяжести расстройств психики и поведения вследствие воздействия на него психотравмирующих факторов боевой обстановки. Такие факторы могут носить как острый и относительно кратковременный характер (артобстрел, атака противника), так и хронический, долгосрочный (позиционная война, постоянная угроза обострения боевых действий и т. п.). В любом случае основным психотравмирующим фактором боевой обстановки является опасность, угрожающая жизни и физическому здоровью человека. Переживание этой опасности резко усиливается в условиях наблюдения им ужасающей картины ранений и гибели других людей.

Предрасполагающими факторами развития БПТ могут быть неопределенность боевой обстановки, противоречивость или недостаток информации о ней, сомнения в адекватности выполняемых боевых задач; психическое и(или) физическое переутомление; длительная бессонница; наличие соматических заболеваний; перенесение в прошлом черепно-мозговой травмы и других церебральных нарушений; алкоголизация.

В зависимости от характера клинических проявлений и времени развития БПТ различают следующие ее варианты: острая стрессовая реакция; адаптационное расстройство (кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожно-депрессивная реакция и т. д.); посттравматическое стрессовое расстройство; реактивный психоз; стойкое изменение личности после перенесенного катастрофического переживания. Большинство клинических форм БПТ относятся к непсихотическим психическим расстройствам. Психотические формы БПТ возникают относительно редко и протекают в виде различных вариантов реактивного психоза. Среди психотических проявлений БПТ выделяют афективно-шоковые реакции и собственно реактивные психозы.

Афективно-шоковые реакции вызываются внезапным сильным воздействием, представляющим угрозу для жизни (подрыв на mine, обстрел «градами» и «ураганами»). Проявляются в форме возбуждения и заторможенности. Реакции с возбуждением выражаются бессмысленным хаотическим двигательным беспокойством на фоне суженного сознания. Большой мечется, кричит, просит о помощи, пытается бежать, часто — навстречу грозящей опасности. После выхода из психоза больные плохо помнят перенесенное состояние. Реакции с заторможенностью сопровождаются частичной или полной обездвиженностью. Несмотря на угрожающую опасность, человек как бы застывает, цепенеет, не может сделать движения, сказать слова. Реактивный ступор длится от нескольких минут до нескольких часов. Мимика отражает либо ужас, отчаяние, либо абсолютное безразличие к происходящему. В тех случаях, когда заторможенность не достигает степени ступора, больные доступны контакту, но речь их замедлена, односложна, движения скованы, в ногах — ощущение тяжести. Сознание может быть суженным, с последующим выпадением из памяти отдельных событий.

К острым реактивным психозам могут быть отнесены психотические состояния, чаще возникающие в условиях необходимости возвращения бойца в зону боевых действий. Выделяют несколько вариантов подобных расстройств, которые могут сочетаться или сменять одно другое: сумеречное помрачение сознания; псевдодеменция; пуэрилизм; психогенный ступор; реактивная депрессия; реактивный бредовой психоз.

При всех реактивных психозах необходимо эвакуировать больного из зоны боевых действий. Афективно-шоковые реакции обычно не требуют помощи врача. При других психозах требуется госпитализация. При состояниях возбуждения используют нейролептики и транквилизаторы в инъекциях. Бредовые идеи купируют антипсихотиками. При реактивной депрессии применяют антидепрессанты и стабилизаторы настроения. Благоприятное разрешение психогенной ситуации, например, демобилизация и возвращение в семью, способствует быстрому выздоровлению. Безвыходная ситуация создает условия для затяжного течения психоза.