

В. И. Заворотный

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УЧАСТВОВАВШИХ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

В. І. Заворотний

Клінічні варіанти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що брали участь в бойових діях на Сході України

V. Zavorotnyi

Clinical variants of post-traumatic stress disorder among servicemen who experienced war in the East of Ukraine

При обследовании 157 военнослужащих Вооружённых сил Украины (ВСУ) с диагнозом посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) установлено, что у 32,5 % преобладал дисфорический вариант, у 26,1 % — тревожный вариант, у 23,6 % — астенический вариант, а у 17,8 % — ипохондрический вариант.

Представлено детальное описание клинико-психопатологических проявлений при данных вариантах ПТСР, а также выраженность и характер депрессивных проявлений у этих пациентов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, депрессивные проявления, дисфорический вариант, тревожный вариант, астенический вариант, ипохондрический вариант

Під час обстеження 157 військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ) з діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) встановлено, що у 32,5 % переважав дисфоричний варіант, у 26,1 % — тривожний варіант, у 23,6 % — астеничний варіант, а у 17,8 % — іпохондричний варіант.

Наведено докладний опис клініко-психопатологічних проявів при цих випадках ПТСР, а також вираженість і характер депресивних проявів у цих пацієнтів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, депресивні прояви, дисфоричний варіант, тривожний варіант, астеничний варіант, іпохондричний варіант

157 military servicemen diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD) were found to have a dysphoric variant in 32.5 %, anxiety variant in 26.1 %, asthenic variant in 23.6 %, and 17.8 % hypochondriacal variant.

A detailed description of clinical and psychopathological manifestations in these PTSD variants is presented, as well as the severity and nature of depressive manifestations in these patients.

Key words: posttraumatic stress disorder, depressive manifestations, dysphoric variant, anxious variant, asthenic variant, hypochondriacal variant

Исследование посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в настоящее время не теряет своей актуальности, это связано с тем, что количество войн, катастроф, различного рода стихийных бедствий, происходящих в мире, не уменьшается, а последствия влияния травматического стресса на психику человека остаются до сих пор не до конца изученными [2, 3, 5, 7, 10].

События, происходящие на Востоке Украины, придали проблеме ПТСР у военнослужащих особую актуальность и значимость [4, 6, 8, 11, 12].

Поэтому целью настоящего исследования стало усовершенствование диагностики ПТСР на основе детального клинико-психопатологического и психометрического анализа их клинических вариантов.

В работе использованы клинико-психопатологический метод и психометрические методы: шкала Гамильтона (HAM-D) и опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

В процессе изучения клинических вариантов ПТСР были обследованы 157 военнослужащих ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины (основная группа обследованных).

В качестве контрольной группы в исследовании участвовали 117 военнослужащих ВСУ (без психических расстройств), принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины.

В основу выделения клинических вариантов ПТСР у военнослужащих были положены клинические диагностические критерии ПТСР (согласно МКБ-10 и DSM-IV), а также критерии диагностики, изложенные в методических рекомендациях «Диагностика, терапия и профилактика медико-психологических последствий боевых действий в современных условиях», разработанных сотрудниками ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» [1, 9].

Изучение основных психопатологических особенностей ПТСР у военнослужащих основной группы позволило выделить следующие основные клинические варианты ПТСР у этого контингента больных:

- дисфорический вариант ПТСР (ДВ) у 51 (32,5 %) военнослужащего;
- тревожный вариант ПТСР (ТВ) у 41 (26,1 %) военнослужащего;
- астенический вариант ПТСР (АВ) у 37 (23,6 %) военнослужащих;
- ипохондрический вариант ПТСР (ИВ) у 28 (17,8 %) военнослужащих (рис. 1).

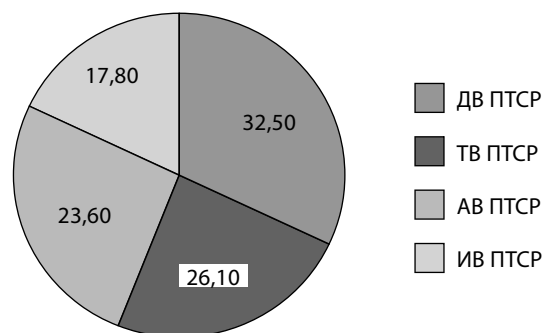


Рис. 1. Соотношение военнослужащих ВСУ основной группы с различными клиническими вариантами ПТСР

Согласно результатам исследования психопатологических особенностей боевых ПТСР, представленным на рис. 1, в клинической картине ПТСР пациентов основной группы доминирует дисфорический вариант (в 32,5 % случаев).

Больные с этим вариантом ПТСР были постоянно недовольны, угрюмы, враждебны по отношению к окружающим. Они легко давали эксплозивно-агрессивные вспышки по незначительному поводу, требовали к себе

особого внимания, угрожали жалобами на горячую линию Министерства обороны, в средства массовой информации. Ночной сон был кратковременным (до 4-х часов), но глубоким. Эти пациенты жаловались на кошмарные сновидения, содержание которых раскрывали крайне скудно, сообщая только о том, что снилась война и смерть. Во время бесед с врачом отмечались оппозиционная настроенность, отсутствие дистанции и такта, игнорирование субординации. К неволевым военным служащим эти пациенты относились высокомерно и презрительно, часто обвиняли офицеров частей в военных неудачах. Мышление эмоционально (часто аффективно) окрашено. Суждения категоричны и безапелляционны. Темное время суток у этого контингента больных вызывало чувство настороженности и сверхбдительности, обострялись слуховые и зрительные восприятия, что являлось причиной повышенной раздражительности. «Флэшбэк»-эффекты у них отмечались 3—4 раза в сутки, после которых они становились замкнутыми, раздражительными и конфликтными.

Условия мирной жизни, резко отличающиеся от условий службы в зоне АТО, вызывали выраженный эмоциональный дискомфорт в виде озлобленности, сниженной реадaptивности к условиям мирной жизни, желание вернуться в свои воинские части. В то же время военнослужащие с этим вариантом ПТСР признавали, что и там уже не могут, поскольку «все раздражает» и вызывает «негодование».

На втором месте по частоте встречаемости у обследованных, участвовавших в боевых действиях, регистрировался тревожный вариант ПТСР (в 26,1 % случаев). Фабула болезненных переживаний пациентов с этим вариантом ПТСР отражает травматические события боевых действий (гибель или тяжелые ранения сослуживцев и друзей, взрывы рядом падающих мин и снарядов и т. д.), происходящих во время внезапных ночных артиллерийских и минометных обстрелов, дозоров, спецопераций и нападения разведывательно-диверсионных групп противника. Наиболее выраженными симптомами этого варианта ПТСР являлись постоянное немотивированное тревожное ожидание опасности, внутренний дискомфорт, бессонница из-за страха быть убитым или взятым в плен, кошмарные сновидения во время кратковременного предрастветного сна, трудности с концентрацией внимания и повышенный старт-рефлекс.

В течение светового дня пациенты с тревожным вариантом ПТСР выглядели суевливыми, многоречивыми, пытающимися шутить, рассказывать анекдоты или смешные случаи из боевой жизни. При обращениях откликались вздрагиванием, даже если обращение было адресовано не к ним. С наступлением темного времени суток они становились тревожно-напряженными с характерным тревожным блеском глаз, дневная многоречивость сменялась молчаливостью с редкими односложными ответами на вопросы. Усиливался старт-рефлекс на незначительные акустические раздражители.

Нарушения сна в этой группе характеризовались трудностью засыпания и выраженным агрипническим поведением — пациенты часто курили, бродили по коридору, предложения лечь спать вызывали реакцию раздражительной слабости, трансформирующуюся в оппозиционное настроение к дежурному медицинскому персоналу. После кратковременного сна больные часто жаловались на кошмарные сновидения, сюжет которых парциально амнезировался. Воспроизводились только отдельные картины мертвых тел сослуживцев, либо

взрывов мин и снарядов рядом с больным, либо картины своего движения по тропинке с растяжками. Во сне больной не мог остановиться и неминуемо шел навстречу своей смерти. После пробуждения такие пациенты в течение 1—2 часов выглядели растерянными и даже безучастными, не вставали с кровати, медлили с утренними гигиеническими мероприятиями, опаздывали на завтрак и утренние процедуры. «Флэшбэк»-эффекты (некоторые больные называли их «молниями») отмечались 1—2 раза в сутки, внезапно, чаще без внешней провокации, реже провоцируемыми моментами были рассказы о кошмарных сновидениях вновь поступающих больных из зоны АТО, звук сирен автомобилей скорой помощи и т. д.

У этой группы пациентов отмечались учащенное мочеиспускание, сниженный или повышенный аппетит, стремление к употреблению психостимулирующих (кофе, крепкий чай, энергетические напитки) и алкогольных напитков, избегание просмотра телепрограмм с новостями.

Третьим по частоте в основной группе пациентов регистрировался астенический вариант ПТСР (в 23,6 % случаев). Пациенты с данным клиническим вариантом выглядели вялыми, пассивными, медлительными и раздраженными. Отмечалась выраженная психофизическая истощаемость и эмоциональная лабильность. Они часто жаловались на общую слабость, головные боли. О пережитых травматических событиях рассказывали без желания, с паузами. Рассказы, страшные по содержанию, не имели адекватной эмоциональной окраски. Симптомы вторжения были инертными, с продолжительным литическим финалом каждого эпизода «флэшбэка». Избегание носило «вялый» характер и сопровождалось реакцией раздражительной слабости. В вечернее время к астении присоединялись тревога и страхи, не имеющие четкой взаимосвязи с первичной психотравмой. В течение ночи больные спали, однако утром предъявляли жалобы на тотальную бессонницу и усиление общей слабости. Психогенная амнезия психотравмирующих факторов у больных этой группы была менее выражена, чем при других клинических вариантах ПТСР. В мирных условиях больные не испытывали чувства безопасности, при этом формально понимали, что угрозы жизни и здоровью нет. Прогнозы собственного будущего в армии и после демобилизации носили выраженный пессимистический характер.

Количество военнослужащих с ипохондрическим вариантом ПТСР составило 17,8 % от числа пациентов основной группы. Основные болезненные переживания у них проецировались на органы сердечно-сосудистой, мочеполовой и желудочно-кишечной систем. В клинике этого варианта ПТСР отмечались многочисленные жалобы на соматическое состояние их здоровья. Ухудшение состояния своего здоровья пациенты из этой группы связывали со службой в ВСУ. Феномен «флэшбэка» встречался крайне редко, а избегающее поведение отмечалось довольно часто. В эмоциональной сфере преобладала гипотимия. В идеаторной сфере отмечалась выраженная ипохондрическая фиксация на соматических ощущениях, сочетающаяся с пароксизмальными вегетативными расстройствами и тревогой. Симптомы гипервозбуждения были менее характерны для этого варианта ПТСР.

В процессе клинико-психопатологического исследования пациентов были выявлены дополнительные признаки клинической картины ПТСР. Во-первых,

это комплекс психических и вегетативных расстройств, связанных с подземными сооружениями, а именно, появление тревоги, эмоционального напряжения, чувства опасности, ощущения жара или холода внутри живота, грудной клетки и головы при приближении к подземным сооружениям (подвал, погреб, метрополитен и т. д.), исчезающие при перемещении больных вовнутрь этих сооружений. Данный комплекс расстройств можно назвать «андеграунд-синдромом», который встречался в 22,3 % случаев ПТСР.

Во-вторых, у военнослужащих отмечалась «комбатантная никтофобия», которая проявлялась выраженным усилением тревоги, внутренним эмоциональным напряжением, навязчивыми мыслями о поиске безопасного укрытия, насильственными реминисценциями о боевом прошлом в ночное время (в 16,6 % случаев).

В-третьих, у пациентов отмечалась «комбатантная никтосенсибилизация», которая проявлялась повышенной настороженностью, подозрительностью, готовностью к ответной оборонительной реакции, гиперкузиями, снижением порога эксплозивно-агрессивных вспышек, диссомниями в виде трудности засыпания в ночное время (в 32,5 % случаев ПТСР).

В-четвертых, выявлено психогенное агрипническое поведение в виде сознательной насильственной депривации (аутодепривации) сна самим военнослужащим из-за навязчивого страха ночных артобстрелов или нападения разведывательно-диверсионных групп противника (в 11,5 % случаев ПТСР).

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в структуре клинических проявлений ПТСР военнослужащих выделены как основные симптомы (травматическое событие, вторжение, избегание, гиперактивация и социальная дезадаптация), так и дополнительные клинические проявления в виде андеграунд-синдрома, комбатантной никтофобии, никтосенсибилизации и аутодепривации сна.

С целью углубленного изучения психопатологической симптоматики различных вариантов ПТСР военнослужащих основной группы, в сравнении с военнослужащими контрольной группы, использовали опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Результаты этого изучения (табл. 1) свидетельствуют о том, что при дисфорическом варианте в клинических проявлениях ПТСР военнослужащих ВСУ достоверно преобладают:

— враждебность (в 88,2 % случаев, при $p < 0,01$), проявляющаяся в поведении и эмоциональных реакциях пациентов выраженной злостью, агрессивностью, раздражительностью, напряженностью, гневом, негодованием и т. д.;

— паранойяльные симптомы (в 23,5 % случаев, при $p < 0,05$), отражающие психопатологические признаки параноидного поведения (враждебность, подозрительность, страх потери независимости, сверхценные иллюзорные идеи «измены», «предательства», «продажности», «недостаточной активности военного руководства в борьбе с сепаратистами» и т. д.).

Таблица 1. Психопатологическая симптоматика при различных вариантах ПТСР военнослужащих, участвовавших в боевых действиях

Психопатологические расстройства	Частота (% ± m)				
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ИВ ПТСР	Контрольная группа
Соматизация (SOM)	11,8 ± 1,3	29,3 ± 2,8	21,6 ± 2,5	64,3 ± 7,2**	6,8 ± 1,2
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	9,8 ± 1,2	12,2 ± 1,4	8,1 ± 1,4	10,7 ± 2,0	1,7 ± 0,3
Межличностная сензитивность (INT)	7,8 ± 1,1	31,7 ± 3,2	24,3 ± 2,6	53,6 ± 5,3*	8,5 ± 1,5
Депрессия (DEP)	19,6 ± 1,8	26,8 ± 2,5	56,7 ± 5,8*	32,1 ± 3,3	4,3 ± 0,8
Тревожность (ANX)	13,7 ± 1,4	75,6 ± 7,7**	27,0 ± 2,8	21,4 ± 2,7	7,7 ± 1,4
Враждебность (HOS)	88,2 ± 9,7**	9,8 ± 1,3	18,9 ± 2,3	10,7 ± 2,0	10,3 ± 1,8
Фобическая тревожность (PHOV)	5,9 ± 1,0	21,9 ± 2,1**	5,4 ± 1,2	7,1 ± 1,9	2,6 ± 0,5
Паранойяльные симптомы (PAR)	23,5 ± 2,2*	4,9 ± 1,0	10,8 ± 1,7	3,6 ± 1,4	—
Психотизм (PSY)	—	—	2,7 ± 0,8	—	—
Индекс GSI (высокий)	2,8 ± 0,6	2,4 ± 0,7	1,7 ± 0,4	2,5 ± 0,4	0,6 ± 0,3**

Примечание. Здесь и далее: различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

У военнослужащих этой группы выявлен средневысокий уровень психического дистресса GSI (2,8 ± 0,6 балла, при $p < 0,01$).

При тревожном варианте в клинических проявлениях ПТСР военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, достоверно чаще регистрировались:

— тревожность (в 75,6 % случаев, при $p < 0,01$), проявляющаяся в поведении, эмоциональных реакциях военнослужащих выраженной немотивированной тревожностью, нервозностью, чувством внутреннего напряжения, приступами паники, чувством опасности, немотивированными опасениями и страхами, сомато-вегетативными коррелятами тревожности и т. д.;

— фобическая тревожность (в 21,9 % случаев, при $p < 0,01$), проявляющаяся невыраженными психопато-

логическими признаками фобического расстройства (иррациональный и неадекватный страх определенных людей, мест, объектов или ситуаций, связанных с травматическими ситуациями боевых условий службы, избегающее поведение и т. д.).

У военнослужащих с тревожным вариантом ПТСР выявлен средневысокий уровень психического дистресса GSI (2,4 ± 0,7 балла, при $p < 0,01$).

При астеническом варианте в клинических проявлениях ПТСР военнослужащих ведущими были депрессивные расстройства, тревожность, межличностная сензитивность и соматизация.

При этом достоверно чаще при астеническом варианте ПТСР встречались депрессивные расстройства (в 56,7 % случаев, при $p < 0,05$), проявляющиеся в поведении,

емоциональних реакциях признаками сниженного настроения, отсутствия интереса к жизни, низкой мотивации, потери жизненной энергии, чувства безнадежности и соматических коррелятов депрессии и т. д.

У военнослужащих этой группы выявлен средний уровень психического дистресса GSI ($1,7 \pm 0,4$ балла, при $p < 0,01$).

Сочетание астенических расстройств с депрессивным настроением у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, позволяет выделить в клинике астенического варианта ПТСР ведущий астено-депрессивный синдром.

При ипохондрическом варианте в клинических проявлениях ПТСР преобладают соматизация, межличностная сензитивность, депрессивные расстройства и тревожность.

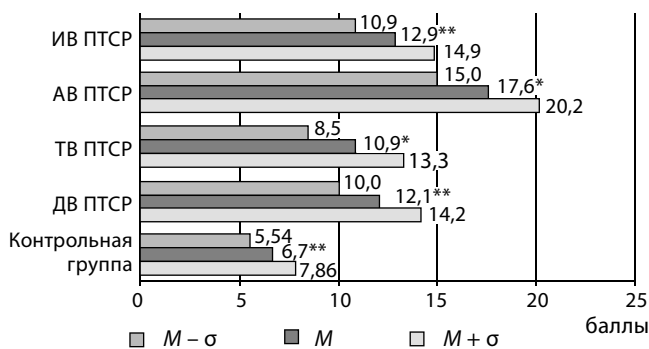
При этом достоверно чаще при ипохондрическом варианте ПТСР встречались:

— соматизация (в 64,3 % случаев, при $p < 0,01$) в виде психопатологических нарушений, характеризующих дистресс, возникший из ощущения телесной дисфункции (жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной и других системах организма; соматические эквиваленты тревоги);

— межличностная сензитивность (в 53,6 % случаев, при $p < 0,05$), проявляющаяся в поведении и эмоциональных реакциях пациентов с признаками личностной неадекватности, неполноценности и беспокойства, дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, обостренного чувства осознания собственного Я и негативных ожиданий от межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

У военнослужащих с ипохондрическим вариантом ПТСР выявлен средневысокий уровень психического дистресса GSI ($2,5 \pm 0,4$ балла, при $p < 0,01$).

Оценка тяжести депрессии у военнослужащих с различными клиническими вариантами ПТСР и контрольной группы была проведена с помощью Шкалы Гамильтона HAM-D (рис. 2).



Условные обозначения. Различия статистически достоверны:
* — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

Рис. 2. Тяжесть депрессии у военнослужащих с различными клиническими вариантами ПТСР

Согласно полученным результатам, в контрольной группе военнослужащих выраженность депрессивных расстройств при ПТСР составила $6,7 \pm 1,16$ балла [$5,54—7,86$ балла] (при $p < 0,01$, в сравнении с основной группой), что соответствует диапазону нормального аффективного реагирования.

В основной группе военнослужащих с дисфорическим вариантом ПТСР выраженность депрессивных рас-

стройств составила $12,1 \pm 2,1$ балла [$10,0—14,2$ балла] (при $p < 0,01$, в сравнении с контрольной группой), что соответствует диапазону легкого депрессивного расстройства.

В группе военнослужащих с тревожным вариантом ПТСР выраженность депрессивных расстройств составила $10,9 \pm 2,4$ балла [$8,5—13,3$ балла] (при $p < 0,05$, в сравнении с контрольной группой), что также соответствует диапазону легкого депрессивного расстройства у военнослужащих этой группы.

В основной группе военнослужащих с астеническим вариантом посттравматических стрессовых расстройств выраженность депрессивных расстройств составила $17,6 \pm 2,6$ балла [$15,0—20,2$ балла] (при $p < 0,05$, в сравнении с военнослужащими с ДВ ПТСР, ТВ ПТСР и ИВ ПТСР), что соответствует диапазону депрессивного расстройства средней выраженности.

В основной группе военнослужащих с ипохондрическим вариантом ПТСР выраженность депрессивных расстройств составила $12,9 \pm 2,0$ балла [$10,9—14,9$ балла] (при $p < 0,01$, в сравнении с контрольной группой), что соответствует диапазону легкой выраженности депрессивного расстройства.

Оценка выраженности депрессивной симптоматики у военнослужащих с различными клиническими вариантами ПТСР и контрольной группы была проведена с помощью Шкалы Гамильтона HAM-D.

Согласно результатам этой оценки (табл. 2), у военнослужащих с дисфорическим вариантом ПТСР основной депрессивной симптоматикой (оценка симптома отличная от «1») являются депрессивное настроение, чувство вины, проявления деперсонализации и дереализации, ранняя бессонница (трудности с засыпанием). В сравнении с военнослужащими с другими клиническими вариантами ПТСР, статистически достоверных различий по выраженности депрессивных симптомов — не выявлено (при $p > 0,5$).

У военнослужащих с тревожным вариантом ПТСР основной депрессивной симптоматикой являются проявления психической тревоги. В сравнении с военнослужащими с другими клиническими вариантами ПТСР, статистически достоверных различий по выраженности отдельных депрессивных симптомов — не выявлено (при $p > 0,5$).

У военнослужащих с астеническим вариантом ПТСР основной депрессивной симптоматикой являются депрессивное настроение, проявления деперсонализации и дереализации, ранняя бессонница (трудности с засыпанием), чувство вины и психическая тревога, снижение работоспособности и активности.

В сравнении с группами военнослужащих с другими клиническими вариантами ПТСР, статистически достоверными ($p < 0,05$) депрессивными симптомами у военнослужащих с астеническим вариантом посттравматического расстройства являются: депрессивное настроение в средней степени выраженности ($2,1 \pm 0,5$ балла), проявления деперсонализации и дереализации в средней степени выраженности ($2,1 \pm 0,5$ балла) и ранняя бессонница (трудности с засыпанием) в средней степени выраженности ($1,8 \pm 0,4$ балла).

У военнослужащих с ипохондрическим вариантом ПТСР основной депрессивной симптоматикой являются соматическая тревога в средней степени выраженности ($2,0 \pm 0,5$ балла, при $p < 0,01$) и ипохондрические эквиваленты депрессии в среднелегкой степени выраженности ($1,6 \pm 0,5$ балла, при $p < 0,01$).

Таблиця 2. Выраженность депрессивной симптоматики у военнослужащих с различными клиническими вариантами ПТСР

Депрессивная симптоматика	Выраженность депрессивной симптоматики (M ± σ), баллы				
	ДВ ПТСР	ТВ ПТСР	АВ ПТСР	ИВ ПТСР	Контрольная группа
Депрессивное настроение	1,3 ± 0,5	0,7 ± 0,3	2,1 ± 0,5*	0,6 ± 0,3	0,4 ± 0,2
Чувство вины	1,3 ± 0,4	0,6 ± 0,2	1,4 ± 0,6	0,6 ± 0,4	0,3 ± 0,2
Суицидальные намерения	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,5 ± 0,3	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1
Ранняя бессонница	1,0 ± 0,3	0,6 ± 0,2	1,8 ± 0,4*	0,6 ± 0,3	0,5 ± 0,2
Средняя бессонница	0,4 ± 0,1	0,5 ± 0,3	0,7 ± 0,2	0,4 ± 0,2	0,3 ± 0,1
Поздняя бессонница	0,5 ± 0,2	0,4 ± 0,1	0,5 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,3 ± 0,1
Работоспособность и активность	0,4 ± 0,2	0,9 ± 0,4	1,1 ± 0,5	0,4 ± 0,1	0,2 ± 0,1
Заторможенность	0,4 ± 0,3	0,3 ± 0,2	0,6 ± 0,3	0,5 ± 0,2	0,3 ± 0,2
Ажитация	0,4 ± 0,2	0,5 ± 0,2	0,7 ± 0,4	0,3 ± 0,1	0,4 ± 0,2
Психическая тревога	0,5 ± 0,2	1,0 ± 0,4	1,2 ± 0,3	0,6 ± 0,2	0,3 ± 0,1
Соматическая тревога	0,5 ± 0,2	0,6 ± 0,3	0,7 ± 0,2	2,0 ± 0,5**	0,3 ± 0,2
Желудочно-кишечные соматические симптомы	0,4 ± 0,1	0,5 ± 0,2	0,6 ± 0,1	0,7 ± 0,3	0,4 ± 0,1
Генитальные симптомы	0,4 ± 0,2	0,4 ± 0,2	0,6 ± 0,2	0,7 ± 0,3	0,4 ± 0,1
Общие соматические симптомы	0,4 ± 0,1	0,5 ± 0,2	0,6 ± 0,4	0,8 ± 0,3	0,5 ± 0,3
Ипохондрические эквиваленты депрессии	0,6 ± 0,2	0,4 ± 0,1	0,5 ± 0,1	1,6 ± 0,5**	0,3 ± 0,1
Потеря массы тела	0,3 ± 0,2	0,3 ± 0,2	0,5 ± 0,2	0,4 ± 0,2	0,3 ± 0,2
Критичность к болезни	0,5 ± 0,2	0,6 ± 0,3	0,5 ± 0,4	0,6 ± 0,2	0,4 ± 0,2
Суточные колебания настроения	0,8 ± 0,3	0,4 ± 0,1	0,6 ± 0,3	0,4 ± 0,3	0,3 ± 0,1
Деперсонализация и дереализация	1,2 ± 0,4	0,6 ± 0,3	2,1 ± 0,5*	0,5 ± 0,2	0,2 ± 0,1
Параноидные симптомы (конгруэнтные депрессии)	0,4 ± 0,2	0,2 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,3 ± 0,2
Обсессивно-компульсивные симптомы	0,3 ± 0,2	0,6 ± 0,2	0,3 ± 0,2	0,5 ± 0,2	0,3 ± 0,1

Таким образом, у всех военнослужащих с различными клиническими вариантами ПТСР диагностируются депрессивные расстройства. При этом у военнослужащих с дисфорическим (12,1 ± 2,1 балла), тревожным (10,9 ± 2,4 балла) и ипохондрическим (12,9 ± 2,0 балла) вариантами ПТСР диагностируются депрессивные расстройства в легкой степени (при $p > 0,5$), а у военнослужащих с астеническим вариантом ПТСР — депрессивные расстройства средней степени выраженности (17,6 ± 2,6 балла, при $p < 0,05$).

Список литературы

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. Харків : ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.
2. Дедова, К. Н., Шадріна І. В. Новые подходы к лечению ПТСР у участников современных военных конфликтов // XV Съезд психиатров России : тез. докл. Москва, 2010. С. 338.
3. Єна, А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції // Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5—16.
4. Загальні принципи розробки плану реагування та взаємодії закладів охорони здоров'я під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків : методичні рекомендації / МОЗ України ; Укр. центр наук. мед. інф. та пат.-ліценз. роботи ; Укл. Роцін Г. Г., Гур'єв С. О., Мазуренко О. В. [та ін.]. Київ, 2013. 30 с.
5. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стрессового розладу : методичні рекомендації / О. С. Мусій, І. Я. Пінчук, О. О. Хаустова [та ін.]. Київ, 2014. 32 с.
6. Колов, С. А. Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии / под ред. В. К. Шамрея. СПб., 2013. С. 95—105.

7. Кузеева, И. Р. Психосоциальная реабилитация пострадавших во время войн, террористических актов и стихийных бедствий // Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее: сб. материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. Москва : ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского», 2016. С. 186—187.

8. Лікування та реабілітація комбатантів-мироотворців із посттравматичним стрессовим розладом : методичні рекомендації / О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська [та ін.]. Київ : О. Т. Ростунов, 2012. 76 с.

9. Порядок організації та проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців ЗС України : методичні рекомендації / В. В. Стеблюк, І. Ф. Гончаренко, А. В. Щевць [та ін.]. Київ : РПВ УВМА, 2017. 54 с.

10. Чабан, О. С., Франкова І. А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства // Нейро News. 2015. № 2 (66). С. 8—18.

11. Blakely, K., Jansen D. J. Congressional Research Service; Post-Traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems in the Military [Electronic resource] // Oversight Issues for Congress. 2013. Available at : www.fas.org/sgp/crs/natsec/R43175.

12. Javidi, H., Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder // Int. J. Occup. Environ. Med. 2012. Vol. 3 (1). P. 2—9.

13. Pinto da Costa, M. Complex post-traumatic stress disorder and co-morbidities: clinical case over 40 years after war [Electronic resource] // Abstract of the 20th European Congress of Psychiatry. Prague, 2012. Vol. 27. Suppl. 1. P. 974/CD.

Надійшла до редакції 10.01.2018 р.

ЗАВОРОТНЫЙ Вячеслав Иванович, начальник психиатрического отделения Военно-медицинского Центра Северного региона, г. Харьков, Украина; e-mail: zavorotnslava@gmail.com

ZAVOROTNYI Viacheslav, Head of the psychiatric Department of the Military Medical Center of the Northern region, Kharkiv, Ukraine; e-mail: zavorotnslava@gmail.com