

УДК 616.89-008.19

*В.Ю. Омелянович***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТСТРЕССОВЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ, ПОБЫВАВШИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, клиника, сотрудники ОВД

Работа оперативных сотрудников органов внутренних дел сопряжена с исполнением служебных обязанностей в условиях, требующих высокого уровня психического и физического напряжения, адекватного реагирования в быстро меняющейся обстановке, зачастую связанной с риском для жизни. Частым следствием пребывания в экстремальной обстановке являются, наряду с посттравматическими стрессовыми расстройствами [4,7], различные «преневротические» нарушения, являющиеся универсальными проявлениями психической дезадаптации, доклинических пост-

стрессовых психических расстройств [11].

В рамках изучения постстрессовых расстройств у оперативных сотрудников органов и подразделений внутренних дел, посттравматические стрессовые расстройства рассматривались нами как психогенные нервно-психические расстройства, возникающие в результате воздействия психогении исключительно угрожающего характера, при чем угроза жизни и здоровью могла быть как прямой (для сотрудника ОВД), так и косвенной (свидетельство гибели или страданий второго лица) [8,9].

Материал и методы исследования

В данной работе представлены результаты изучения алекситимии у сотрудников органов и подразделений внутренних дел Украины, побывавших в экстремальных ситуациях. Так как обследование проводилось спустя не менее нескольких недель после воздействия экстремальных психогений (свидетельство гибели товарища, применение табельного оружия на поражение, ранение от рук преступника и т.д.), основной исследуемой группой были лица с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) – 45 человек (17,1 % лиц, побывавших в экстремальной ситуации). Кроме того, из числа сотрудников ОВД, побывавших в экстремальной ситуации, была выделена группа лиц, у которых определялись отдельные симптомы ПТСР, однако психосимптоматика характеризовалась фрагментарностью, аморфностью, недостаточной выраженностью. С позиций клинико-динамического подхода к изучению психических расстройств так называемого «невротического регистра» [1-3] эта группа отнесена к постстрессовым расстройствам доклинического уровня (ПСРД) — 66 человек (25,1% лиц, побывавших в экстремальной ситуации).

Контрольная группа (КГ), составленная методом случайного выбора и состоящая из опе-

ративных сотрудников подразделений УМВД, которые в процессе своей служебной деятельности не подвергались воздействию экстремальных психогенных факторов была представлена 100 сотрудниками. Первичный скрининг наличия и уровня (клинический-доклинический) выраженности постстрессового расстройства, позволивший выделить группы с клинически выраженным ПТСР и доклиническими постстрессовыми расстройствами (ПСРД), проводился при помощи Миссисипской шкалы ПТСР Keane at al. (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder) [11].

Детальное описание спектра невротической симптоматики и количественная оценка ее выраженности проводились с помощью симптоматического опросника невротиков Е. Александровича (Aleksandrowicz J., 1977), адаптированного Ленинградским психоневрологическим научно-исследовательским институтом им. В.М. Бехтерева (1987г.)

Для объективизации исследования и определения уровня статистической значимости полученных результатов был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая единство основных механизмов формирования постстрессовых расстройств, в рамках настоящей работы клинико-динамическая оценка осуществлялась с выделением 2-х стадий:

1) постстрессовых расстройств доклинического уровня;

2) посттравматических стрессовых расстройств, клинически выраженных.

Для ПТСР характерна клинически дифференцированная, стойкая психосимптоматика, структурированная согласно диагностических критериев МКБ-10. Случаи повторного возникновения ПТСР, равно как и случаи хронического течения ПТСР с переходом в хроническое изменение личности (F 62.0) в данной работе не рассматривались.

1. Особенности посттравматических стрессовых расстройств у оперативных сотрудников органов внутренних дел, побывавших в экстремальной ситуации.

Состояние всех пациентов с клинически выраженным посттравматическим стрессовым расстройством характеризовалось наличием субъективно тягостных навязчивых воспоминаний о происшедшей экстремальной ситуации (flashback), возникающих как рефлексивно (при просмотре криминальной телехроники, повторном присутствии на месте происшествия, при вопросах, касающихся происшедшего и т.д.), так и абсолютно самостоятельно, кошмарных сновидений, связанных с психогенией, эмоциональной лабильности, ощущением определенной отчужденности от окружающих, стремлением избегать ситуаций, напоминающих о пережитом, общей слабости, снижением способности сосредоточения внимания, эпизодами дереализации, неуверенностью в себе. Кроме того, отмечались достаточно разнообразные вегетативные симптомы и жалобы, соматического характера (без наличия объективной патологии).

У всех представителей группы больных ПТСР имели место ($p > 0,05$) выраженные нарушения сна (высокие показатели по 4 шкале методики Е. Александровича – 37%-74% от теоретически возможного максимального показателя), сексуальные проблемы (7 шкала), состояния дереализации (8 шкала), ипохондрические состояния (11 шкала), общее нервно-психическое напряжение (13 шкала – от 25% до 66%), при большей степени достоверности ($p > 0,01$), обсессивные состояния (9 шкала), трудности в межличностных отношениях (10 шкала) и пси-

хастенические состояния (12 шкала), что можно отнести к общим характеристикам состояния постстрессового расстройства. Кроме того имели место ($p > 0,1$) нарушения регуляции пищеварения (15 шкала), нарушения двигательных функций (17 шкала) и другие соматические симптомы (19 шкала).

При дальнейшем анализе результатов исследования группы пациентов с клинически выраженным ПТСР посредством симптоматических шкал опросника невротиков Александровича, были выявлены три группы больных, у которых психосимптоматика, отвечая диагностическим требованиям ПТСР, имела, в тоже время определенные особенности (Табл. 1.).

Не следуя встречающемуся в литературе [5,6] выделению в рамках ПТСР нескольких клинических вариантов (что, учитывая специфику данного психического расстройства, представляется весьма спорным), и, принимая во внимание необходимость глубинного исследования психопатологических проявлений постстрессовых расстройств, мы сочли целесообразным рассмотреть выявленные отличия психосимптоматики в рамках тех или иных преобладающих психопатологических радикалов, сопутствующих «стержневому» симптомокомплексу посттравматического стрессового расстройства.

Кроме отмеченного выше повышения показателей методики Александровича на 4 шкале, у 41,67% лиц с клинически выраженным ПТСР (19 человек) преобладали симптомы тревоги (показатель 3 шкалы – от 48% до 89% от максимально возможного показателя), имели место страхи и фобии (повышение показателей 1 шкалы до 40% от максимально возможного значения).

У 25% больных ПТСР (11 человек) преобладали депрессия (2 шкала – 45%-57% от максимально возможного показателя), напряжение (13 шкала – до 49%), трудности в общении, (10 шкала – 35 – 61%), сексуальные проблемы (7 шкала – до 39% от максимально возможного значения) и нарушения регуляции пищеварения (15 шкала – до 57%).

У 33,33 % (15 человек) кроме основных проявлений ПТСР преобладали симптомы неврастения (показатели 6 шкалы – 45%-73% от максимально возможного значения), психастения (показатели 12 шкалы – 37% — 57%), а так же нарушения вегетативной регуляции (16 шкала – 39% -57%) и конверсионные нарушения (18 шкала – до 41% от максимально возможного показателя).

Таким образом, можно обратить внимание на три превалирующих психопатологических радикала ПТСР: тревожно-фобический (41,67% больных ПТСР), астено-вегетативный (33,33%) и дистимический (25%).

При сравнительном анализе (ANOVA) усредненных значений показателей методики Александровича между выделенными радикалами

было выявлено статистически значимое различие по 1 (фобии), 2 (депрессия), 3 (тревога), 5 (истерия), 6 (неврастения), 16 (нарушения вегетативной регуляции), 18 (конверсионные расстройства) шкалам ($p < 0,01$), а также по 9 (навязчивые состояния), 10 (трудности общения), 12 (психастения) и 14 (проблемы, связанные с употреблением алкоголя) шкалам ($0,05 > p > 0,01$).

Таблица 1

Результаты однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) показателей симптоматических шкал Е.Александровича представителей кластеров психопатологических радикалов

Шкалы	ПТСР						ПСРД					
	СРЕДНЕЕ			P			СРЕДНЕЕ			P		
	ас-в	дис	т-ф	а-в дис	тр-ф дис	ас-в тр-ф	ас-д	трев	нед	ас-д трев	Ас-д нед	нед трев
1	9,6	9,82	17,9	0,91	0,02	0,01	10,77	7,111	7,429	0,007	0,021	0,75
2	27,7	34,1	16,4	0,003	8E-05	0,001	20,31	15,11	11,14	0,003	6E-06	0,003
3	23,5	25,2	33,8	0,4	0,03	0,002	15,08	23,39	12,43	3E-06	0,153	1E-08
4	18,8	21,1	18,2	0,002	0,14	0,71	5,538	12,22	10,14	0,002	1E-03	0,12
5	26,3	22,9	19,6	0,043	0,17	0,004	13,54	19	11	0,068	0,188	0,0001
6	27,9	12	11,7	5E-07	0,9	5E-09	16,31	10,44	13,71	0,034	0,312	0,11
7	4,47	10,5	6,11	0,005	0,15	0,49	2,769	3,556	4,571	0,36	0,077	0,27
8	15,7	9,45	11,6	0,03	0,48	0,06	5,846	9,111	8,857	0,07	0,025	0,791
9	15,9	6,91	12	0,003	0,13	0,22	11,38	6,667	5,143	0,043	0,001	0,187
10	10,9	19,3	10,1	0,008	0,01	0,74	11,69	11,33	7,429	0,85	0,038	0,012
11	13,4	13,8	10,1	0,915	0,31	0,16	4,615	7,278	6,286	0,151	0,092	0,4
12	16	10,2	9,89	0,057	0,92	0,002	4,308	8,222	3,429	0,012	0,43	5E-05
13	11,2	14,2	11,4	0,187	0,2	0,94	8,308	8	7,429	0,819	0,521	0,657
14	1,33	5,09	2,74	0,002	0,08	0,18	1,538	0	0,571	0,003	0,069	0,0954
15	13,9	16,6	14,9	0,51	0,67	0,77	12,62	7,111	16	5E-08	0,145	3E-05
16	49,3	17,1	34,7	3E-06	0,04	0,03	26,77	16,89	18,29	0,002	0,017	0,637
17	12,5	10,5	13,6	0,572	0,41	0,74	12,92	11,56	11,43	0,523	0,525	0,9437
18	19,9	10,5	13,1	0,005	0,44	0,01	12,92	7,111	9,143	0,008	0,116	0,259
19	3,47	6,55	5,68	0,24	0,65	0,32	4,923	2,222	3,429	0,063	0,204	0,238

Состояние пациентов с астено-вегетативным радикалом клинически выраженного посттравматического стрессового расстройства характеризовалось наличием навязчиво, помимо воли повторяющихся тягостных воспоминаний о происшедшей экстремальной ситуации, мыслей и переживаний, возникающих как рефлексивно, так и самостоятельно (flashback). Имели место ощущение постоянной неуверенности, беспомощности, ощущение, что ты хуже всех остальных людей, рассеянность, мешающая нормальной трудовой деятельности, трудности в концентрации внимания, постоянное чувство усталости, разбитости, ощущение нехватки сил, ухудшение сна с периодическими сновидениями, связанными с психогенией. Отмечалась подверженность глубоким, интенсивным переживаниям, связанным с пережитой психогенией, слезливость, невозможность сдержать свои эмоции, сменяющая-

ся ощущением бесцветности переживаний. Периодически возникали состояния дереализации, заключающиеся в ощущении, что все происходящее – лишь сон, нереальности, «затуманенности» окружающего мира. Присутствовало также субъективное ухудшение соматического благополучия: головные боли и головокружения, ощущения прилива крови к голове (особенно в моменты flashbacks), ощущение сердцебиения и болей в области сердца, сухость во рту или, напротив, усиленное слюноотделение, покраснение лица, без особой причины появляющееся чувство холода или жара, гипергидроз, усиливающийся в моменты волнения. Пациенты отмечали, что стараются не вспоминать о случившемся и избегают всего, что могло бы напомнить о психогении.

При дальнейшем (попарном) анализе (ANOVA) результатов методики Александровича

ча между астено-вегетативным и дистимическим радикалами (таб.2.) было выявлено статистически достоверное превалирование (при астено-вегетативном радикале) показателей 6 шкалы ($p < 0,00001$), 16 шкалы ($p < 0,00001$), а также по шкалам 9 ($p < 0,01$), 5 и 8 ($0,05 < p < 0,01$). При сравнении астено-вегетативного радикала с тревожно – фобическим (Табл. 1.) также имело место превалирование при астено-вегетативном радикале показателей 6 шкалы ($p < 0,0001$), 16 шкалы ($0,05 > p > 0,01$), 5 шкалы ($0,001 < p < 0,01$) и, кроме того, превалировали показатели 2 шкалы ($p < 0,001$) и 12 шкалы ($p < 0,01$).

Таким образом, как в сравнении с дистимическим, так и с тревожно-фобическим радикалами, при наличии в психопатологической картине ПТСР астено-вегетативного радикала имеет место статистически достоверная большая выраженность астенических (шкалы 6 — неврастении и 12 -психастении) и вегетативных нарушений (16 — шкала нарушения вегетативной регуляции) с включением истерических симптомов (5 — шкала истерии). Кроме того, свойственные всем пациентам с ПТСР эпизодические ощущения дереализации (8 шкала) и навязчивые состояния (9 шкала) при наличии астено-вегетативного радикала выражены несколько интенсивнее, нежели при дистимическом радикале ПТСР.

Состояние пациентов с дистимическим радикалом клинически выраженного посттравматического стрессового расстройства характеризовалось наличием навязчивых воспоминаний (flashback), страшными снами, ночными кошмарами, сюжетно связанными с пережитой психогенией, имели место трудности засыпания, частые ночные пробуждения, бессонница, а также чувство сонливости в течение дня. Отмечалось чувство угнетенности, печали, потеря веры в свои силы, тягостное предчувствие неудач и горестей в будущем, потеря веры в свои силы и интенсивное чувство вины, самообвинение, связанное с пережитой экстремальной ситуацией, а порой и пассивные суицидальные высказывания. При воспоминании о случившемся или при прослушивании печальной музыки, сентиментальных телефильмов, пациенты не могли сдерживать слез. В то же время имели место немотивированные вспышки гнева («по мелочам»), объектом которого могли стать как посторонние, так и близкие пациентов. Субъективно такая, не свойственная им ранее, сочетающаяся с гневливостью, чувствительность, переживалась особенно остро, так как ранее они ощущали себя

сильными, уравновешенными мужчинами.

Большинство пациентов с дистимическим радикалом ПТСР обращали внимание на возникшие после психогении трудности в сексуальной жизни (снижение половой потенции, ухудшение эрекции, значительное ослабление или утрата полового влечения, боли и другие неприятные ощущения в половых органах и т.п.), плохое самочувствие в местах скопления людей. В данной группе пациентов были выявлены такие проявления, как мучительное чувство одиночества, сочетающееся с избеганием общения с людьми, даже с близкими знакомыми, чувство, что окружающие настроены враждебно и пытаются подчинить своему влиянию. Кроме вышеперечисленного, имели место головные боли, головокружения, ощущение сердцебиения и болей в области сердца, сухость во рту, покраснение лица, без особой причины появляющееся чувство холода или жара, гипергидроз, усиливающийся в моменты волнения. В большинстве случаев после пребывания в экстремальной ситуации имело место злоупотребление алкоголем (без признаков болезни), направленное на «улучшение самочувствия», «чтобы забыться».

При анализе различий (ANOVA) дистимического радикала от астено-вегетативного по результатам опросника Александровича, кроме указанных выше аспектов, было определено преобладание значений 2, 4, 7, 10 и 14 шкал ($0,001 < p < 0,01$). Анализ различий между дистимическим и тревожно-фобическим радикалами (Табл. 1.) позволил установить, что при дистимическом радикале также имели место более высокие показатели по 2 ($p < 0,00001$) и 10 шкалам ($0,05 > p > 0,01$), а так же по 16 шкале ($0,05 > p > 0,01$). В то же время, в случае наличия тревожно-фобического радикала превалировали, как по сравнению с дистимическим, так и по сравнению с астено-вегетативным радикалом ПТСР показатели 1 и 3 шкал ($0,05 > p > 0,01$ в случае сравнения с дистимическим радикалом и $0,001 < p < 0,01$ при сравнении с астено-вегетативным).

Таким образом, дистимический радикал ПТСР характеризуется, наряду с базисным симптомокомплексом ПТСР, преобладанием (по сравнению с тревожно-фобическим радикалом) депрессивных нарушений (шкала 2-депрессия), трудностей в общении (10 шкала), а в сравнении с астено-вегетативным радикалом еще и нарушений сна (4 шкала), сексуальных нарушений (7 шкала) и проблем, связанных с употреблением алкоголя (14 шкала).

При тревожно-фобическом радикале ПТСР, помимо навязчивых воспоминаний и кошмарных сновидений, имело место наличие разнообразных страхов, как непосредственно, жестко связанных с психогенией, так и достаточно универсальных (чувство страха, возникающее при нахождении в толпе, страх, что произойдет что-то ужасное), возникающих вне зависимости от времени суток, чаще в одиночестве. Отмечалось постоянное чувство беспричинной тревоги, беспокойство, не имевшее веских оснований ощущение опасности, угрозы как непосредственно себе, так и близким людям. Имело место, хотя и не так ярко выраженное, как при наличии дистимического радикала ПТСР, снижение фона настроения, аффективная лабильность. Астенические и вегетативно-висцеральные проявления, хотя и присутствовали, имели, однако, не столь выраженный характер, как в случае астено-вегетативного радикала ПТСР.

При тревожно-фобическом радикале как в сравнении (ANOVA) с дистимическим, так и с астено-вегетативным радикалами, кроме стержневого симптомокомплекса ПТСР, преобладающими психопатологическими симптомами были тревога (3 шкала), страхи и фобии (1 шкала).

2. Особенности психопатологической симптоматики постстрессовых расстройств доклинического уровня у оперативных сотрудников органов внутренних дел, побывавших в экстремальной ситуации.

Состояние, определяемое нами, как доклиническая (предболезненная) форма посттравматического стрессового расстройства характеризуется наличием периодически, чаще рефлекторно, возникающих навязчивых воспоминаний о пребывании в экстремальной ситуации, не классифицируемых пациентами как «тягостные»; периодические сновидения, имеющие смысловую связь с психогенией не могут быть отнесены к категории «кошмарных», однако, описываются пациентами, как достаточно неприятные. Кроме того отмечаются ночные пробуждения, некоторое снижение фона настроения, чувство внутреннего напряжения, определенная эмоциональная лабильность, ухудшение концентрации внимания, эпизоды дереализации, сексологическая и вегето-сосудистая симптоматика.

По результатам методики Е. Александровича было установлено, что практически у всех представителей исследуемой группы ($p > 0,1$) имели место общее нервно-психическое напряжение (13 шкала – до 34% от максимально возможного показателя), сексуальные проблемы и

ипохондрические симптомы, с несколько меньшей степенью достоверности ($p > 0,05$): нарушения сна (показатели по 4 симптоматической шкале методики Е. Александровича – до 60% от максимально возможного показателя), неврастеническая симптоматика (6 шкала – до 49%), эпизоды состояний дереализации (8 шкала), конверсионные расстройства (18 шкала). Свойственные для клинически выраженных ПТСР обсессивные состояния, трудности в межличностных взаимоотношениях и психастеническая симптоматика, на доклинической стадии постстрессового расстройства в достаточной степени выраженности имелись лишь у определенных категорий пациентов.

При дальнейшем анализе симптоматики доклинического ПТСР было обнаружено, что у 13 человек (20% группы ПСРД) преобладающей симптоматикой была депрессивная (36,3% от максимально возможного показателя 2 симптоматической шкалы), неврастеническая (33,3% от максимально возможного показателя 6 шкалы) симптоматика при наличии несколько менее выраженных симптомов тревоги (3 шкала – 26,9%), нарушений двигательных функций (17 шкала – 26,4%), нарушений регуляции пищеварения (15 шкала – 25,7%), истерической симптоматики (5 шкала – 24,2%), симптомов нервно-психического напряжения (13 шкала – 23,7%) и трудностей в межличностных отношениях (10 шкала – 23,9%).

У 18 человек (26,7% группы ПСРД) основными симптомами были тревожность (3 шкала – 41,8%) и нарушения сна (4 шкала – 34,9%). Также отмечались (в меньшей степени) истерические симптомы (5 шкала – 33,9%), депрессивная симптоматика (2 шкала – 27%), трудности в общении (10 шкала – 23,1%), симптомы психастении (12 шкала – 23,5%) и нарушения двигательных функций (17 шкала – 23,6%).

В 53,3% случаев (35 человек) симптомы постстрессового расстройства были менее выражены, нежели в двух, описанных выше, группах и, к тому же, выраженной, статистически значимой, обособленности от этих групп по какой-либо группе симптомов выявлено не было. Аморфность психосимптоматики в данном случае приводит нас к выводу о рудиментарности нарушений, которые, хотя и уже имеют место, еще не оформились в виде симптоматического кластера.

Таким образом, при рассмотрении ПТСР доклинического уровня, мы можем обратить внимание на три превалирующих психосоматичес-

ких радикала: астено-дистимический (20% лиц с ПСРД), тревожный (26,7% лиц с ПСРД) и недифференцированный (53,3% лиц с ПСРД).

При астено-дистимическом радикале ПСРД имели место периодические, возникающие чаще рефлекторно, навязчивые воспоминания о психотравмирующей ситуации, чувство страха и другие неприятные переживания, возникающие в одиночестве или, напротив, при нахождении в толпе; чувство печали, угнетенности, пессимизм, предчувствие провалов и неудач в будущем. Определялись некоторая рассеянность и трудности в концентрации внимания, чувство усталости, снижение сообразительности. В ряде случаев присутствовала неудовлетворенность сексуальной жизнью и чувство одиночества. Кроме того, пациенты отмечали ощущение внутреннего напряжения, периодически возникающее чувство злости, гнева. Из жалоб соматического характера чаще присутствовали изжога, некоторое снижение аппетита, дрожь в мышцах рук, ног или всего тела, мышечные боли (в пояснице, грудной клетке и т.п.), учащенное сердцебиение, не вызванное физической нагрузкой, неприятное потение в моменты волнения, ощущение прилива крови к голове, головная боль.

При дальнейшем сравнении усредненных значений показателей симптоматических шкал методики Е. Александровича (Табл. 1.) было выявлено, что в случае наличия астено-дистимического радикала достоверно ($p < 0,01$) преобладали (по сравнению с показателями тревожного радикала) значения 1 (фобии), 2 (депрессия), 14 (алкогольные проблемы), 16 (нарушения вегетативной регуляции), 18 (конверсионные расстройства) шкал, а также ($p < 0,05$) 6 (неврастения), 9 (навязчивые состояния) шкал. В случае тревожного радикала достоверно ($p < 0,001$) преобладали (по сравнению с астено-дистимическим) показатели 3 (тревога), 4 (нарушения сна) и ($p < 0,05$) 12 (психастения) шкал.

В случае тревожного радикала ПСРД навязчивые воспоминания возникали реже, чем у пациентов с астено-дистимическим радикалом ПСРД, однако сюжет психогении чаще воспроизводился в снах угрожающего характера. Имели место трудности засыпания, ночные пробуждения, достаточно интенсивное переживание неприятных событий. Чувство вины, снижение

веры в свои силы, неуверенность в себе, ощущение тревоги, беспокойства, чувство, будто ты хуже других людей, хотя и присутствовали, не причиняли таких страданий, как в случае клинически выраженного ПТСР. Отмечались потребность в одиночестве, ощущение враждебности окружающих. Соматический компонент тревожного радикала характеризовался непроизвольным дрожанием век, судорогами мышц в различных частях тела, нарушениями стула.

При недифференцированном радикале ПСРД психосимптоматика имела еще более мягкий характер, чем при астено-дистимическом и тревожном радикалах. Отмечались эпизоды flashbacks, сновидения, возвращающие пациентов в атмосферу экстремальной психогении, трудности засыпания. Присутствовало чувство тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения. Имели место трудности в концентрации, сосредоточении внимания, чувство усталости.

По результатам однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) при недифференцированном радикале ПСРД имеют место достоверные ($p < 0,01$) отличия от тревожного радикала ПСРД по 2,3,5,10,12 и 15 симптоматическим шкалам, тогда как от астено-дистимического радикала ПСРД отличий по 3, 5 и 15 шкалам не наблюдается ($p > 0,05$). В свою очередь, отличия недифференцированного и астено-дистимического радикалов имеют место при сравнении показателей 2, 4, 9, шкал ($p < 0,01$) и ($p < 0,05$) 1, 7, 8, 10, 11, 14, 16 шкал (Табл. 1.).

Таким образом, при изучении группы ПТСР и лиц с ПСРД, установлено, что помимо выраженности основного симптомокомплекса посттравматического стрессового расстройства, имелись определенные отличия в постстрессовой психосимптоматике, что позволило говорить о психопатологических радикалах данных психических нарушений. Отмеченные психопатологические радикалы позволяют более детально рассмотреть особенности психопатологического своеобразия постстрессовых расстройств как клинического, так и доклинического уровня, что представляется достаточно перспективным при исследовании предрасполагающих факторов, связанных с экстремальными стрессорами психических нарушений, разработке профилактических и реабилитационных мероприятий.

В.Ю. Омелянович

**КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТСТРЕСОВИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У
СПІВРОБІТНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ У
НАДЗВИЧАЙНИХ ОБСТАВИНАХ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У статті наведені результати вивчення психопатологічних наслідків перебування у надзвичайних обставинах у співробітників органів внутрішніх справ. На базі студіювання великої кількості клінічних випадків були визначені групи осіб, що страждали на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), постстресові психічні розлади доклінічного рівню (ПСРД) та групу, у представників якої ніяких наслідків впливу екстремальної психогенії зафіксовано не було (БПР). Вказані групи були детально описані, крім того, на базі глибинного вивчення психосимптоматики, типової для представників груп ПТСР та ПСРД, були визначені та студійовані психопатологічні радикали, які є супутниками «стрижневого» симптомокомплексу постстресового розладу. Наведені у статті дані були об'єктивізовані засобами математичного аналізу та мають високий рівень статистичної значущості. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 86-92)

V.U. Omelianovich

**CLINICAL PECULIARITY OF THE POSTSTRESS PSYCHICAL DISORDERS BY
EMPLOYEES OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS AT THE EXTREME
SITUATION**

Donetsk State medical University by M.Gorky, Ukraine

The results of psychopathological research consequences investigations, begin in extreme situation betwing frose structwas employees are given. On the basis of plenty of clinical supervision stunding, the next groups were located: Posttraumatic stress disorder groups (PTSD); Poststress pre-clinical disorder groups (PSPD); The group without any psychical disorders (WPD). This specified groups were described in details.

In the basis of psychosymptomatic profound study, inherent to the PTSD and PSPD groups representatives, psychopathological radicals of poststress disorder were founded and investigated. This radicals were accompanying of «radical» poststress disorder symphomatic kompleks. The information, given in this wittle, was objectivises with help of mathematic analysis and had a rate of statistical reliabylity. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 86-92)

Литература

1. Абрамов В.А., Пуцай С.А., Ковалев Н.А. Состояния психической дезадаптации в организованной популяции трудящихся // Клинико-социальные и биологические аспекты адаптации при нервно-психических и наркологических заболеваниях. — Т 1. — Красноярск, 1990. — С. 4-6.
2. Абрамов В.А., Пуцай С.А. и др. Структура предболезненных нервно-психических расстройств по данным скрининга // Тезисы II научно-практической конференции психиатров и наркологов Донбасса. — Донецк, 1990. — С. 66-67.
3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их коррекция. М. Наука, 1976.
4. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., соавт. Психогении в экстремальных условиях.- М., 1991.
5. Гурин И.В. Клиническая динамика и терапия посттравматических стрессовых расстройств у пострадавших с ожогами. Автореферат дис. к.м.н., М., 1996.-с. 11.
6. Гурин И.В. Клиника астенодепрессивного варианта посттравматического стрессового расстройства у пострадавших с ожогами // Клинические и организационные вопросы пограничной психиатрии: Материал. Республ. Научн.-практ. Конфер. — Москва-Ставрополь, 1994.-С. 53-54.
7. Фролова А.А. //Российский психиатрический журнал № 4, 1998, С.49-51.
8. Amick-Mcmullan, A., Kilpatrick, D.G. & Resnick, H.S. Homicide as a risk factor for PTSD among surviving family members. // Behavior Modification, -1991, N 15, -P. 545-559.
9. Gleser, G.C., Green, B.L. & Winget, C. Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press.- 1981.
10. Keane, T.M., Caddell, J.M. & Taylor, K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. Journal of Consult-ing and Clinical Psychology, 1988., № 56, p. 85-90.
11. Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R. & Weiss, D.S. Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner — Mazel -1990.

Поступила в редакцию 8.10.2001г.