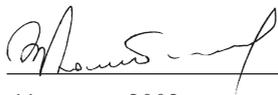


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра



В.В. Колбанов

11 апреля 2003 г.

Регистрационный № 78-0602

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО  
РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ  
ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Инструкция по применению

**Учреждение-разработчик:** НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации

**Авторы:** канд. мед. наук, доц. А.Л. Пушкарев, канд. мед. наук Н.Г. Аринчина, канд. мед. наук Е.В. Катько, Н.Д. Сидоренко, С.И. Иванов, Е.П. Гурина, Ю.В. Извольская, О.П. Прилищ, Е.И. Белая, В.С. Чудук

## **ВВЕДЕНИЕ**

Проблема социально-психологической адаптации ветеранов войн, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, является чрезвычайно актуальной практической, научной и социальной проблемой как в Республике Беларусь, странах СНГ, так и за рубежом.

Выделение посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) как особой нозологической группы имеет значение для прогнозирования их развития у участников военных действий и для разработки необходимых в этих случаях специальных профилактических и реабилитационных программ.

В Республике Беларусь воинов-интернационалистов насчитывается 29 526 человек. Из них 870 — инвалиды, 1059 — раненые, 335 — контужены, 224 человека находились в тюрьме. Инвалидизация среди участников войн имеет тенденцию к возрастанию за счет поздних осложнений боевых травм и нервно-психических расстройств как следствия пребывания на войне. Поэтому прогнозирование, предупреждение и ликвидация последствий ранений, травм, перенесенных заболеваний и пребывания в экстремальных ситуациях относятся к числу проблем, актуальность которых с годами не уменьшается.

На современном этапе проблема медико-социальной экспертизы бывших воинов-интернационалистов приобретает особую актуальность.

Правильный экспертно-методический подход к оценке жизнедеятельности и социальной адаптации данного контингента, проведение им полного комплекса мероприятий по медико-социальной, профессиональной и психологической реабилитации способствует их интеграции в общество.

В настоящее время вопросы медико-социальной экспертизы, медико-социальной и профессиональной реабилитации разработаны недостаточно, не в полной мере изучены психологические особенности бывших воинов-интернационалистов, которые должны учитываться при оценке жизнедеятельности и социальной адаптации.

При медико-социальной экспертизе бывших воинов-интернационалистов необходимо учитывать нарушение умственной рабо-

тоспособности, эмоционально-волевой сферы, наличие разного рода психогенных состояний, патологическое развитие личности, для чего необходимо психологическое тестирование, консультация психолога и психиатра.

### **Этиология**

Этиологическим фактором психосоматической патологии у участников войны является боевой стресс. Участие в боевых действиях рассматривается как стрессор, травматичный практически для любого человека. В отличие от других стрессоров участие в войне является пролонгированной психотравматизацией.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов:

- ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни (биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации);

- ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у человека, непосредственно участвующего в боевых действиях; наряду с этим — психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника;

- воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна);

- невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, особенности водного режима и питания);

- характерный для участников войны в Афганистане жаркий климат в горно-пустынной местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

К важным факторам риска развития ПТСР относятся характерологические особенности личности, включая черты социопатического поведения, а также развитие алкогольной или наркотической зависимости. Это снижает способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психологических травм (например, физическое насилие в детстве, несчастные случаи в прошлом) может увеличивать риск того, что после очередного травматического события разовьется ПТСР. Определенный риск составляет также несчастное детство и психическая

патология у членов семьи. Следует к тому же учитывать и возраст больного. Преодоление экстремальных ситуаций труднее дается очень молодым и очень старым людям. Дополнительным фактором риска развития ПТСР является и наличие психических заболеваний в анамнезе. К числу факторов, облегчающих защиту от ПТСР, относятся способность больного к эмоциональному самоконтролю, наличие адекватной самооценки, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свою жизнь, а также наличие хорошей социальной поддержки.

### **Эпидемиология**

ПТСР — редкое явление. На протяжении жизни им болеет 1% населения, а у 15% населения после тяжелых травм (физическое нападение или военные действия) могут возникать отдельные симптомы ПТСР. У значительного числа лиц ПТСР хронифицируется. В общей популяции оно часто сочетается с другими психическими заболеваниями, включая аффективные расстройства и злоупотребление алкоголем или другими наркотиками.

Если рассматривать только контингент участников войны, то ПТСР — синдром отсроченных во времени от пребывания в травматической ситуации специфических реакций с наслоением вторичных стрессов — отмечается среди практически здоровых ветеранов войны в Афганистане в 18,6%, хронически больных — 41,7%, инвалидов — 56,2% (Демченкова Г.З., 1999). Полученные репрезентативные данные о распространенности ПТСР у воинов-интернационалистов, проживающих на территории Республики Беларусь, свидетельствуют о том, что признаки ПТСР (различной степени выраженности) имеют место у 62,3% обследованных (Пушкарев А.Л., 1999).

### **КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Согласно МКБ-10 и DSM-IV, ПТСР может развиваться вслед за травмирующими событиями, выходящими за рамки нормального человеческого опыта. Пациентами могут стать как непосредственные жертвы травм, так и свидетели.

В МКБ-10 ПТСР шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1. Эти диагно-

стические критерии ПТСР соответствуют критериям по DSM-IV, которые более детализированы и позволяют дифференцировать тип расстройства.

По DSM-IV ПТСР рассматривается в рубрике «Тревожные расстройства» (300.xx), хотя диагностический код (309.81) соответствует «Расстройствам адаптации» 309.xx.

309.81 Посттравматическое стрессовое расстройство:

- острое/хроническое;
- с отставленным началом.

### **ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ПО DSM-IV**

I. Больной находился под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления:

1. Больной пережил, был свидетелем или участником события/событий, представлявших реальную/возможную угрозу смерти, или серьезного вреда, или опасность нарушения физической целостности, угрожавшую самому больному или другим людям.

2. Реакция больного проявлялась в виде страха, беспомощности или ужаса.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде трех констелляций: интрузии, избегания и гиперактивности.

II. Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений (интрузия):

1. Повторные, навязчивые воспоминания о событиях, включая образы, мысли или ощущения.

2. Повторяющиеся и вызывающие значительное беспокойство сны о пережитом событии.

3. Такие действия или ощущения, как если бы травмирующее событие случилось снова (включая ощущение воссоздания пережитого, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды, в том числе те, которые возникают при пробуждении или в состоянии опьянения).

4. Сильный психологический дистресс под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

5. Физиологическая реактивность под влиянием внешних или внутренних раздражителей, которые символизируют или напоминают какой-либо аспект травмирующего события.

III. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует по меньшей мере 3 симптома из следующих (избегание):

1. Попытки избежать мыслей, ощущений или разговоров, связанных с травмой.

2. Попытки избежать действий, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме.

3. Частичная или полная амнезия важных аспектов травмы.

4. Выраженное снижение интереса к ранее значимым видам деятельности или к участию в них.

5. Чувство отчужденности или отрешенности от окружающих.

6. Сужение диапазона аффективной реакции (например, неспособность испытывать любовь).

7. Неспособность ориентироваться на длительную жизненную перспективу (например, больной не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей или строить нормальную жизнь).

IV. Устойчивые проявления повышенного возбуждения (отсутствовавшие до травмы), о которых свидетельствует не менее 2 симптомов из следующих (гиперактивность):

1. Трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна.

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Трудность концентрации внимания.

4. Сверхнастороженность.

5. Усиленная реакция на испуг.

V. Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев II, III, и IV) более 1 мес.

VI. Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой или других сферах жизнедеятельности.

Выделяют следующие типы расстройства:

1. Острое, — если симптомы сохраняются менее 3 мес.

2. Хроническое, — если симптомы сохраняются 3 мес. и более.

3. Отсроченное, — если симптомы возникают по меньшей мере через 6 мес. после окончания воздействия стрессора.

В небольшой части случаев ПТСР, обнаруживая хроническое течение на протяжении многих лет, может переходить в хроническое изменение личности (МКБ-10: F62.0).

## **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Врачу важно понимать, что больной с ПТСР не обязательно первично обращается с жалобами на вышеописанную симптоматику. Даже если это и происходит, ему не свойственно находить связь между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувства стыда, вины, стремление к вытеснению тягостных воспоминаний и недопонимание их важности.

При подозрении на ПТСР врачу следует тактично и сочувственно расспросить больного о возникавших в прошлом травматичных событиях. При первом же затрагивании этой темы больной может дать аффективную реакцию, которая скажет врачу по меньшей мере столько же, сколько можно сказать словами. Это может быть нарастающая слезливость, свидетельствующая о довольно глубоком внутреннем чувстве стыда. Она нередко дополняется избеганием контакта глазами, возбуждением, появлением враждебности. Клиническая картина ПТСР обычно включает в себя:

1. Нарушения сна. Любого больного, обращающегося по поводу нарушений сна, следует спросить о кошмарных сновидениях. Поскольку для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, то это заболевание следует заподозрить у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно крича или издавая иные звуки, стискивая или нападая на своих партнеров в постели.

2. Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи. При несоответствии прежнему складу личности такого рода поведение должно наводить на подозрение о наличии ПТСР.

3. Изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми.

4. Злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств.

5. Антисоциальное поведение или противоправные действия. При отсутствии такого поведения в подростковом возрасте следует думать о диагнозе ПТСР.

6. Депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству.

7. Высокие уровни тревожной напряженности или психологической неустойчивости.

8. Неспецифические соматические жалобы (например, головная боль). У лиц с ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита. В работе Nogowitz с соавт. (1994) по изучению пациентов с ПТСР было выявлено, что у 75% пациентов наблюдаются головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56% отмечались тошнота, боли в области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле» и 40% обследованных беспокоило затруднение дыхания.

ПТСР рассматривается не как однородная диагностическая категория, а как категория, проявляющаяся различными подвидами.

Острые ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 мес. после травмы и сохраняются не более 6 мес. Прогноз хороший.

О хронических ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 мес.

Для отсроченных ПТСР характерно появление симптомов после латентного периода (месяцы, годы). При отсроченных и хронических ПТСР симптоматология появляется через 6 мес. после травмы и длится более 6 мес.

### ***Фазы посттравматического стрессового расстройства у ветеранов***

Для ПТСР у ветеранов войны характерны следующие фазы:

- начальное воздействие;
- сопротивление/отрицание;
- допущение/подавление;
- декомпенсация;
- совладание с травмой и выздоровление.

Отличительная черта данной схемы — наличие периода декомпенсации перед совладанием. Однако существует значительно большее разнообразие ответных реакций на травматическое событие, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому более точно следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания.

Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Вторым путем — дезадаптивное разрешение ПТСР в виде одной из следующих форм:

- основанное на генерализованной реакции страха;
- основанное на генерализованной реакции гнева;
- базирующееся на диссоциации;
- основанное на реакции ухода в себя;
- базирующееся на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническими ПТСР не «просто застряли» между 2-й и 3-й фазами. В попытке «прийти к соглашению с травмой» у них изменяется представление о себе и окружающем мире. Личностные изменения, наблюдаемые у лиц с ПТСР, являются отражением достигнутого типа разрешения.

### **Первичные симптомы посттравматического стрессового расстройства**

У всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные первичные симптомы ПТСР.

1. Повторное переживание травмы. Имеет несколько форм. Для диагноза ПТСР достаточно одной формы. Самый частый (у 80%) вариант повторного переживания травмы — повторяющиеся ноч-

ные кошмары, которые в первые 2–4 года после войны беспокоили всех ветеранов. Для снов ветеранов характерны чувство беспомощности, одиночество в потенциально фатальной ситуации, преследование врагами с выстрелами и попытками убить, ощущение отсутствия оружия для защиты. Подобного рода сны часто являются частью общих сновидений о войне. В наибольшей степени ночные кошмары — проблема для пациентов с последствиями контузии головного мозга. Из бесед с матерями, женами, сожительницами ветеранов установлено, что часто во время кошмарных сновидений они совершают движения различной интенсивности.

Второе по выраженности проявление повторных переживаний травмы — психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с различными аспектами травматического события, включая годовщину войны. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70% обследованных. Многие эпизоды являются триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (вертолет, летающий над головой, информация о войне, работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Ветераны имеют повышенную чувствительность к стимулам, имеющим отношение к войне, вследствие своего предыдущего боевого опыта. Эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие воспоминания о военных событиях (еще одна форма интрузии) отмечаются более чем у 50% обследованных. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери с острой эмоциональной болью, проигрыш заново проблематичных аспектов травматических событий.

Считается, что, несмотря на дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Попытки избежать неприятные повторные переживания травмы ведут к патологическому разрешению.

2. Эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой. Подавляющее число обследованных ветеранов отмечают снижение или потерю интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить,

быть беззаботным, уход от социальной жизни. Эмоциональные проблемы отражаются и на семейной жизни. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Обращает на себя внимание неустроенность в личной жизни у значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до армии и сразу после войны, отмечается большое число разводов.

У ветеранов также отмечается чувство непродолжительности будущей жизни (расстройство временной перспективы) в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), ожидания короткой по продолжительности жизни или несчастья в будущем.

3. Симптомы повышенной возбудимости. Они проявляются прежде всего расстройствами сна, связанными или не связанными с ночными кошмарами. У обследованных ветеранов выделяются следующие варианты нарушения сна: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна), парасомнии (двигательные, психические (ночные кошмары)).

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95% случаев наблюдается выраженное снижение показателя устойчивости внимания. О повышенной осторожности, бдительности сообщают 80% обследованных ветеранов. Данные симптомы являются также отражением повышенной возбудимости.

### **Вторичные симптомы посттравматического стрессового расстройства**

К вторичным симптомам ПТСР, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизм (токсикоманию), соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение ЭГО-функционирования.

В структуре жалоб у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, связанные с состоянием сердечно-сосудистой системы, они составляют 36% среди всех жалоб. Жалобы, связанные с проявлением нервного истощения, составляют 24,6%, с болями различной этиологии и локализации — 20,2%, с состоянием желудочно-кишечного тракта — 19,1%.

## **Особенности психической дезадаптации ветеранов с посттравматическим стрессовым расстройством**

У ветеранов выявляются определенные типы психической дезадаптации, показателем которых является целостная поведенческая стратегия (Карвасарский Б.Д. и др., 1990).

1. Активно-оборонительный тип (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У части ветеранов прослеживается стремление обследоваться и лечиться амбулаторно.

2. Пассивно-оборонительный тип (дезадаптация с интрапсихической направленностью). В его основе — отступление, примирение с болезнью. Характерны тревожно-депрессивные и ипохондрические тенденции. Снижена потребность бороться с болезнью, нередко ориентация на «выигрыш» от нее. В жалобах соматического характера — психический дискомфорт.

3. Деструктивный тип (дезадаптация с интерпсихической направленностью). Характерно нарушение социального функционирования. Наблюдаются внутренняя напряженность, дисфория. Часто отмечаются конфликты, взрывное поведение. Для разрядки отрицательных аффектов пациенты прибегают к алкоголю, наркотикам, агрессивным действиям и суицидальным попыткам.

## **Основные психопатологические симптомокомплексы у ветеранов с признаками посттравматического стрессового расстройства**

У ветеранов выявляются разнообразные психопатологические симптомокомплексы (Цыганков Б.Д., 1992).

Для астенического симптомокомплекса характерны выраженные возбудимость и раздражительность на фоне повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональная слабость, пониженное настроение, обидчивость.

Обсессивно-фобический симптомокомплекс проявляется чувствами немотивированной тревоги и страха, навязчивыми воспоминаниями психотравмирующего события.

При истерическом симптомокомплексе наблюдаются повышенная внушаемость и самовнушаемость, стремление привлечь к себе внимание, демонстративный характер поведения.

Для депрессивного симптомокомплекса характерны пониженное настроение, чувство пессимизма.

Эксплозивный симптомокомплекс характеризуется повышенной раздражительностью, взрывчатостью, злобностью и агрессивностью.

Психоорганический симптомокомплекс, как правило, развивается у пострадавших, перенесших черепно-мозговую травму (астения, дисфория, нарушения памяти, эмоциональные расстройства, нарушения сна). Возможны кратковременные дереализационные и делириозно-онейроидные расстройства.

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА**

Вопросы медико-социальной экспертизы являются актуальными только для хронического ПТСР.

Зачастую на незначительные по выраженности проявления отдаленных последствий черепно-мозговых, минно-взрывных травм и т. п. накладываются множественные первичные и вторичные симптомы ПТСР, которые приводят к заметным ограничениям жизнедеятельности у ветеранов.

Оценка ограничений жизнедеятельности при ПТСР, с точки зрения психической адаптации, требует выделения нескольких степеней хронического течения ПТСР:

1. ПТСР, хроническое течение, степень компенсации.
2. ПТСР, хроническое течение, степень субкомпенсации.
3. ПТСР, хроническое течение, степень декомпенсации.

Такое разделение позволяет учесть весь спектр динамики ПТСР, а не просто свести диагностику к констатации факта наличия или отсутствия данного расстройства.

Основными сферами ограничения жизнедеятельности, которые должны учитываться при проведении медико-социальной экспертизы ПТСР, являются сфера контроля за своим поведением и сфера способности к труду.

В группе ветеранов с ПТСР в степени компенсации (11,3%) отмечаются рудиментарные проявления стрессового расстройства в виде эпизодов навязчивых воспоминаний и сновидений без выраженной аффективной окраски. Психические нарушения выявляются в виде легких и умеренных астенических проявлений невротического реги-

стра на фоне преобладания жалоб соматического характера. Круг общения достаточно широк и включает значительное количество лиц из разных социальных слоев. Группа инвалидности, связанная с ПТСР, не определяется.

Ветераны с ПТСР в степени субкомпенсации составляют большую часть контингента ветеранов с хроническим ПТСР (68,7%). У них отмечаются умеренные эмоциональная лабильность, истощаемость, раздражительность, реакции избегания в виде явного нежелания общаться на тему боевого прошлого, усиление аффектации при настойчивых расспросах, а также проявления агрессии в состоянии алкогольного опьянения. Достаточно часто отмечаются нарушения сна в виде пресомнии и раннего пробуждения, появление тревожных сновидений и наплывов воспоминаний о службе после встреч с сослуживцами и юбилейных дат. Многие из них состоят в повторном браке, а круг общения ограничен людьми с боевым прошлым. В этой группе отмечается значительный удельный вес соматических жалоб и психосоматических нарушений (артериальная гипертензия, ИБС). При наличии сопутствующей инвалидизирующей соматической патологии наблюдаются стойкие рентные установки. Многие отмечают недовольство своим социальным статусом и работой, объясняя это состоянием своего здоровья и предвзятым отношением со стороны государства. Большинство из них по совокупности имеющихся соматических и психических нарушений признаются инвалидами 3-й группы.

У ветеранов с ПТСР в степени декомпенсации (6,3%) отмечаются: значительно выраженная эмоциональная лабильность, склонность к аффективным вспышкам в обыденных ситуациях, брутальность, высокая раздражительность и истощаемость, приводящие к невозможности сколько-нибудь длительное время находиться среди людей, перемещаться в общественном транспорте, общаться в коллективе, что вынуждает их отказываться от работы или избирать виды социальной активности, практически исключая межличностное общение. У них отмечаются стойкие нарушения сна, ночные кошмары, постоянные тревожные сны, часто с фабулой боевых действий, утренняя астения. Практически все они имеют семейные проблемы в виде отсутствия взаимопонимания с родными и, даже состоя в браке, предпочитают большую часть времени проводить в одиночестве, вдали от семьи. В психическом статусе на фоне выраженной эмоциональной

лабильности преобладает стойкая астено-депрессивная и астено-ипохондрическая симптоматика. У ветеранов этой группы часты ежегодные госпитализации в соматические и психиатрические стационары, практически постоянный прием препаратов бензодиазепинового ряда. В связи с усилением имеющейся психопатологической симптоматики в состоянии опьянения алкоголизация не характерна для них. У всех ветеранов этой группы установлено значительное ограничение жизнедеятельности в сферах контроля за поведением (функциональный класс-3 (ФК-3)) и способности к труду (ФК-3), стойкая социальная дезадаптация. Им определяется 2-я группа инвалидности.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. В целях медико-социальной экспертизы ПТСР рекомендовано выделять степени его компенсации, обусловленные выраженностью клинической симптоматики и уровнями психологической, психофизиологической и социальной адаптации.

2. Выделяются три степени компенсации хронического ПТСР: ПТСР в степени компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.

3. Основными сферами ограничения жизнедеятельности, которые учитываются при проведении медико-социальной экспертизы ПТСР, являются сфера контроля за своим поведением и сфера способности к труду.

4. ПТСР в степени компенсации может вызывать некоторые ограничения жизнедеятельности в сферах контроля за своим поведением (ФК-1), способности к труду (ФК-1), но при его диагностировании группа инвалидности не определяется.

5. ПТСР в степени субкомпенсации вызывает выраженное ограничение жизнедеятельности в сферах контроля за своим поведением (ФК-2), способности к труду (ФК-2) и при его диагностировании является причиной установления 3-й группы инвалидности.

6. ПТСР в степени декомпенсации вызывает значительное ограничение жизнедеятельности в сферах контроля за своим поведением (ФК-3), способности к труду (ФК-3) и при его диагностировании является причиной установления 2-й группы инвалидности.

7. При решении вопросов медико-социальной экспертизы ПТСР необходимо обязательно учитывать выраженность и стойкость социальной дезадаптации, которую вызывает имеющееся расстройство.