Материал и методы  
Нами обследовано 200 пациентов (120 мужчин и 80 женщин) ввозрасте от 21 года до 47 лет (средний возраст 31,2 года). Среди них 110 больных (45 мужчин и 65 женщин) соответствовали диагностическим критериямрасстройств адаптации (РА), клинической картиной, отвечающей симптоматологии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), а 90 пациентов – отвечаликритериям хронического ПТСР. Из них 65 участвовали в боевых действиях. У 38 пациентов имелась в анамнезе закрытая черепно-мозговая травма с явлениямисотрясения головного мозга; у 26 больных с ПТСР на первый план в клинической картине выступали соматоформные нарушения, не нашедшие подтверждения в видеорганной патологии, а сама клиническая картина ПТСР отчетливо проявилась лишь спустя 6 мес после психотравмирующего события, что позволило говорить оботставленном варианте хронического ПТСР.  
По характеру психотравмирующих ситуаций больныераспределились следующим образом: боевые действия (боевой стресс) – 65 наблюдений; смерть близкого человека – 25 наблюдений; развод (неожиданный ухододного из супругов) – 54 наблюдения; угроза увольнения (неожиданное увольнение с работы) – 56 больных.  
Длительность психопатологических расстройств варьировала от 6 мес до 1,5 года и в среднем составила 8,9 мес, причем у больных с РА – от 6 до14 мес (в среднем – 7,8 мес).  
Преморбидные качества личности в 23% наблюдений характеризовались чертами тревожной мнительности, в 35% случаях можно былоговорить о сенситивных и одновременно эмоционально-ригидных больных, у 18% исследуемых обнаруживались акцентуированные истеровозбудимые черты характера, ав 24% личность представлялась синтонной.  
Оценка преморбидных качеств у больных с хроническим ПТСР,развившемся в результате боевого стресса, не выявила патологических черт характера в 58% случаев. В 48% наблюдений можно было говорить о незначительнойакцентуации характера по возбудимому (26%) и психастеническому (22%) типам. Подавляющее большинство обследованных определяющими чертами своего характерасчитали "доброту, жизнерадостность", "уравновешенность", что позволило отнести их к синтонным личностям. Длительность ПТСР составляли от6–8 мес до 2 лет: в среднем – 1,2 года. У 60% обследуемых в анамнезе был предтравматический опыт (опыт участия в боевых действиях до развитияПТСР).

**Клиническая типология ПТСР**Удельный вес и значимость соотношения коморбидныхсимптомов и осевых симптомов ПТСР позволяет выделить несколько типов ПТСР, что имеет практическую терапевтическую значимость.  
Тревожный тип ПТСР (наблюдается у 32% больных) характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированнойтревоги на гипотимно-окрашенном аффективном фоне с переживанием, не реже нескольких раз в сутки, непроизвольных, с оттенком навязчивости представлений,отражающих психотравматическую ситуацию. Характерна дисфорическая окраска настроения с чувством внутреннего дискомфорта, раздражительности,напряженности. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями закачество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую расправ с самими больными). Больныечасто намеренно отодвигают наступление сна и засыпают лишь под утро. Характерны пароксизмальные вечерне-ночные состояния с чувством нехватки воздуха,сердцебиением, потливостью, ознобом либо приливами жара. Больные самостоятельно обращаются за помощью, и хотя доминирует стремление избежать ситуаций,напоминающих о психотравме, стремятся к общению, какой-либо целенаправленной деятельности, получая облегчение от активности.  
Астенический тип ПТСР (27% наблюдаемых) отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен с переживаниембезразличия к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушия к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характернопереживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз возникаютнепроизвольные представления эпизодов психотравмирующей ситуации. Однако в отличие от тревожного типа в данных случаях представления лишены яркости,детальности, эмоциональной окрашенности и определяются больными как "возникающие в сознании картины с оттенком навязчивости".Расстройства сна характеризуются гиперсомнией с невозможностью подняться с постели, мучительной дремой, порой в течение всего дня. Избегающее поведениенехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как правило, самостоятельно обращаются за помощью.  
*Дисфорический тип ПТСР* (21% исследуемых) характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения,вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремления выместить наокружающих обуревающие их раздражительность и вспыльчивость. В сознании диминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимыхобидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую сдержатьсяне могут и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим возникают непроизвольные представления психотравмирующихситуаций, сценоподобного характера. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства ираздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типично избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадаютв поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.  
*Соматоформный тип ПТСР* (20% наблюдений) характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественнойлокализацией телесных сенсаций в кардиологической (54%), гастроэнтерологической (36%) и церебральной (20%) анатомических областях, сочетающиеся спсиховегетативными пароксизмами. Собственно симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 мес после психотравмирующего события, что позволяет эти случаиобозначить как отставленный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения ифеномены "флэш-бэк" встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представленнедифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрическойфиксацией на телесных сенсациях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения ипереживанием психотравмирующей ситуации.

**Дифференцированная психофармакотерапия**Выделенные типы ПТСР имеют непосредственную практическуюзначимость, так как современная психофармакотерапия исповедует принцип синдромов-мишеней, а дифференцированная оценка симптомокомплекса ПТСРопределяет выбор психофармакологических препаратов либо их сочетаний.  
В соответствии с указанными наиболее часто встречающимисятипами ПТСР проводилась дифференцированная психофармакотерапия.  
Учитывая тот факт, что ПТСР является мультисистемнымнейробиологическим расстройством, разработка терапевтических программ, разделенных на его биологические подтипы, также согласуется с принципомсиндромонаправленной терапии.  
Так, при *тревожном типе ПТСР* наиболее эффективнымпрепаратом оказался коаксил, назначение которого в стандартной суточной дозировке 37,5 мг в 3 приема приводило к достаточно быстрой редукции тревоги,особенно к 14-му и 21-му дням терапии, тогда как редукция депрессии ко 2-й неделе лечения была более плавной, а к 21-му дню составила около 50% отпервоначальной выраженности. При приеме коаксила к концу 2-й недели уменьшались расстройства сна в фазе засыпания и сглаживалась эмоциональная окраска ночныхкошмарных сновидений. Присоединение к терапии коаксилом пролонгированной формы тегретола в вечернее и ночное время способствовало нормализации сна и полнойредукции ночных кошмаров. В меньшей степени поддавались терапевтической редукции избегающее поведение и феномены "флэш-бэк", что подтверждаетболее сложный характер данных расстройств.  
*Дисфорический вариант ПТСР* определял назначениемонотерапии карбамазепином (тегретолом) как в виде обычной, так и ретардированной формы. Отмечалась быстрая редукция (уже к 7-му дню)дистимических и дисфорических аффективных расстройств, к концу 2-й недели – выраженное снижение интенсивности и чувственной окраски агрессивных представлений,а воспоминания связанные с психотравмирующей ситуацией возникали крайне редко и не носили травмирующей, чувственной окраски.  
Оценка терапевтической редукции симптома мгновенного возврата в психотравмирующую ситуацию показала его терапевтическую резистентность. Можнобыло говорить о незначительной редукции данного феномена, а к периоду окончания лечения признак ("флэш-бэк") оценивался нами как симптом среднейвыраженности, что подтверждает его глубинную бессознательную природу и требует дальнейшей коррекции на последующих этапах лечения и реабилитации.  
На фоне проводимой терапии уже к концу 1-й недели выраженность и частота кошмарных сновидений значительно уменьшались, а кпериоду окончания лечения можно было говорить об эпизодических, слабо эмоционально окрашенных сновидениях, которые вспоминались в утренние часы, но недоминировали в сознании и не определяли ночных побуждений.  
Оценка симптомов тревоги и депрессии у больных с ПТСР иособенности терапевтической динамики эмоциональных расстройств позволяют сказать, что значительно выраженная тревога до лечения включала преобладающуюсоматическую составляющую и значительно ей уступающую психическую. В конце лечения соматическая тревога практически полностью редуцировалась, однако слабовыраженные симптомы психической тревоги оставались. В этой связи можно также говорить о значительной степени выраженности депрессии у больных с ПТСР долечения и редукции депрессивных расстройств до степени легких нарушений к окончанию терапии. Нами получены данные об эффективности в случае затяжноготечения ПТСР флюанксола – тимонейролептика, обладающего в дозах до 3,0 мг в сутки энергизирующим и собственно тимоаналептическим действием. Препаратособенно показан при *астеническом с затяжным течением типе ПТСР.*Все выше сказанное подтверждает необходимость дальнейшегоцеленаправленного дифференцированного лечения у больных с ПТСР с учетом синдромальной структуры расстройств и удельного веса коморбиднойсимптоматологии. По данным мировой литературы, терапия ПТСР не должна быть меньше 6 мес непрерывного лечения.  
Особо следует остановиться на поведенческом тимоаналептическом и в целом стрессопротективном действии ретардированной формыкарбамазепина (*тегретол CR-200*). Препарат назначался как в виде монотерапии, в дозах до 400 мг в сутки в 2 приема (утро, вечер), так и всочетании с альпразоламом. В последнем случае за счет комбинированной терапии удавалось обходиться меньшей суточной дозировкой ксанакса, а вечерне-ночныеназначения тегретола-ретард определяли глубокий сон без сновидений, с хорошим пробуждением в утренние часы. Препарат оказался особенно эффективным притерапии расстройств сна у лиц с органически измененной почвой либо последствиями закрытой черепно-мозговой травмой и контузией. Влияние наповеденческую активность тегретола CR-200 выражалось в быстрой редукции дисфорического оттенка настроения, раздражительности, агрессивности. К 5-му днюотмечали регрессию слезливости и эмоциональной лабильности. Собственно тимоаналептическая составляющая психотропной активности карбамазепинапроявлялась в значительной редукции депрессии, ангедонии, гипотимии, а также эмоциональной гиперестезии. На фоне приема препарата вынужденные воспоминания отравмирующей ситуации в процессе общения с сослуживцами не носили столь яркого эмоционально окрашенного стрессогенного характера, что позволяет считать егопрепаратом выбора при терапии *дисфорического типа ПТСР.*  
Эффективность терапии серотонинергическим антидепрессантомсертралином отмечена при различных типах ПТСР, но наиболее эффективен препарат при *тревожном и маскированном (соматоформном) типе ПТСР.*Терапевтическая редукция тревоги в структуре ПТСР на фоне терапии золофтом (сертралин) носит неоднозначный характер. К 7-му днюотмечается углубление тревожных расстройств, особенно за счет соматической тревоги, которая к 10-му дню терапии становится несколько меньше: а к 14-муможно говорить о выраженной обратной динамике тревожных нарушений. Пик анксиолитического эффекта сертралина приходится на период с 14-го по 15-й деньтерапии. На 60-е сутки тревожные симптомы минимальны.  
Редукция феномена "флэш-бэк" и кошмарныхсновидений: с 7-го по 14-й день отмечается значительное обратное развитие, но максимальным оно становится к 45-му дню (полная редукция кошмарных сновидений),а с 14-го по 28-й день отмечается уменьшение феномена "флэш-бэк", который, однако, не подвергается полной редукции и к концу второго месяцалечения.  
Редукция феномена "избегающего поведения" начинает проявляться в незначительной степени к 14-му дню лечения и становитсяотчетливой к 45-му дню терапии. К концу 2-го месяца можно говорить о легкой степени расстройств, но не об их редукции.  
И, наконец, обратная динамика "эмоционального оцепенения" носит как бы двухфазный характер, нарастая к 28-му дню, азатем к 45-му и 60-му, но не исчезая полностью.  
Следует особо подчеркнуть, что среди пролеченных больных былилица, как с острыми, так и с хроническими расстройствами, что, вероятно и нашло отражение на результатах психофармакотерапии сертралином. В случаях с затяжными хроническим течением необходима терапия не менее 6 мес и, возможно, с присоединением мягких энергезирующих тимонейролептиков.

**Выводы**1. ПТСР является сложным транснозографическим образованием, проходящим через тревожные и депрессивные расстройства,отличающимся от хорошо известных психогенных нарушений (невротической депрессии, неврозов, постреактивных развитий личности) стойкостью и многолетнейактуальностью психогенно сформированной симптоматики, ограниченностью симптоматики, отражающей стрессовые события, но с тенденцией к формированиюагорафобических расстройств и депрессивных коморбидных симптомов.  
2. В зависимости от типа доминирующего депрессивного аффектаформируется определенный тип ПТСР, что определяет структурирование тревожного, астенического, дисфорического и соматоформного типов ПТСР.  
3. Типы ПТСР и закономерности их формирования определяют выбор дифференцированной терапии. Синдромально направленная психофармакотерапияПТСР определяет выбор психотропных препаратов и их конечную терапевтическую эффективность как в виде монотерапии, так и в виде различных сочетаний.  
4. Наличие тревожного типа ПТСР обусловливает назначение атипичных трициклических антидепрессантов (тианептин) в сочетании сальпрозоламом или карбамазепином.  
5. Астенический тип ПТСР требует назначения серотонинергических антидепрессантов (сертралина) в сочетании стимонейролептиками (флюанксолом) в малых энергезирующих и тимоаналетически действующих дозировках.  
6. Дисфорический тип ПТСР определяет назначение ретардированной формы карбамазепина в сочетании с альпрозоламом, а впоследующем –присоединение к терапии сертралина.  
7. Маскированный (соматоформный) тип ПТСР с отставленнымначалом определяет терапию сертралином с последующим присоединением флюанксола.