

Украинская военно-медицинская академия

О.Г. СЫРОПЯТОВ, Н.А. ДЗЕРУЖИНСКАЯ

## ТЕХНИКИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ПТСР



Киев - 2014

**Олег Геннадьевич Сыропятов**  
**Наталья Александровна Дзеружинская**  
**Техники психотерапии**  
**при ПТСР**

*Текст предоставлен правообладателем*

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=8647324](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=8647324)*

*Техники психотерапии при ПТСР: практическое пособие/*

*О.Г.Сыропятов, Н.А. Дзеружинская: Украинская военно-медицинская академия; Киев; 2014*

### **Аннотация**

Пособие посвящено клинике, диагностике и лечению посттравматического стрессового расстройства у комбатантов. Особое внимание авторы уделили техникам психотерапии, которые используются при лечении этого вида патологии у ветеранов боевых действий.

# Содержание

Введение	5
Глава 1	11
Глава 2	35
Конец ознакомительного фрагмента.	45

**О.Г.Сыропятов,  
Н.А. Дзеружинская**  
**Техники психотерапии  
при ПТСР:  
практическое пособие**

**Рецензенты:**

Мишиев В.Д. – завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.

Шупика МОЗ України, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «психіатрія», директор ТМО «Психіатрія» у місті Києві, д.м.н., професор

Друзь О.В. – полковник м/с, д.м.н., главный психиатр МО Украины, начальник клиники психиатрии и наркологии ГКВМЦ «ГВКГ».

# Введение

Расстройства, развивающиеся в результате пережитой катастрофы, в отличие от «обычных» психогенных состояний, описывались и раньше. Так, еще в 1867 г. J. E. Erichsen опубликовал работу «Железнодорожная и другие травмы нервной системы», в которой описал психические расстройства у лиц, переживших аварии на железной дороге. В 1888 г. Н. Орпенгейм ввел в практику широко известный диагноз «травматический невроз», в рамках которого описал многие симптомы современного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Особого внимания заслуживают работы швейцарского исследователя Е. Стирлин (1909, 1911), которые, по мнению П. В. Каменченко, стали основой всей современной психиатрии катастроф. Большой вклад в нее внесли и ранние отечественные исследования, в частности изучение последствий крымского землетрясения в 1927 г. [Брусиловский Л., Бруханский М., Сегалов Т., 1928].

Много работ, посвященных этой проблеме, появляется после значительных военных конфликтов [Краснянский А. Н., 1993]. Так, важные исследования появились в связи с первой мировой войной (1914–1918). Е. Краепелин (1916), характеризуя травматический невроз, впервые показал, что после тяжелых психических травм могут оставаться посто-

янные, усиливающиеся с течением времени расстройства.

После второй мировой войны (1939–1945) над этой проблемой активно работали русские психиатры – В. Е. Галенко (1946), Э. М. Залкинд (1946, 1947), М. В. Соловьева (1946) и др. Новый интерес к этой проблеме возник в отечественной психиатрии в связи с военными конфликтами, природными и техногенными катастрофами, постигшими нашу страну в последние десятилетия. Особенно тяжелыми по последствиям были авария на Чернобыльской АЭС (1986) и землетрясение в Армении (1988).

Война во Вьетнаме послужила мощным стимулом для исследований данной проблемы американскими психиатрами и психологами. К концу 70-х годов они накопили значительный материал о психопатологических и личностных расстройствах у участников войны.

Сходная симптоматика обнаруживалась у лиц, пострадавших в других ситуациях, близких по тяжести психогенного воздействия. В связи с тем, что этот симптомокомплекс не соответствовал ни одной из общепринятых нозологических форм, в 1980 г. М. J. Horowitz предложил выделить его в качестве самостоятельного синдрома, назвав его «посттравматическим стрессовым расстройством» (post-traumatic stress disorder, PTSD). В дальнейшем группа авторов во главе с М. J. Horowitz разработала диагностические критерии ПТСР, принятые сначала для американских классификаций психических заболеваний (DSM-III и DSM-III-R), а позже

(практически без изменений) – для МКБ-10. Участие в боевых действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительного характера, которое может вызвать общий дистресс практически у любого человека. В отличие от многих других стрессовых ситуаций, участие в войне является психической травмой с отдаленными последствиями.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов, таких, как: 1) ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации; 2) ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у непосредственного участника боя; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать; 3) воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна); 4) невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания); 5) необычный для участника войны климат и рельеф местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.) (Пушкарев и др., 2000).

Социально-психологическая адаптация ветеранов войн, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. Впервые синдром, очень сходный с современным ПТСР, был описан Da Costa (1864) у солдат во время Гражданской войны в Америке и назван «синдромом сол-

датского сердца». Ведущее место в описании занимали вегетативные проявления. Влияние стрессов военного времени на последующее психическое состояние комбатантов (т. е. участников боевых действий) глубже всего было изучено на материале войны во Вьетнаме. С. F. Figley (1978) описывает «поствьетнамский синдром», для которого характерны повторяющиеся навязчивые воспоминания, часто приобретающие форму ярких образных представлений – флэш-бэков (flashbacks) и сопровождающиеся угнетением, страхом, сомато-вегетативными расстройствами. У вьетнамских комбатантов были выявлены состояния отчуждения и безразличия с утратой обычных интересов, повышенная возбудимость и раздражительность, повторяющиеся сновидения «боевого» характера, ощущения собственной вины за то, что они остались живы.

По воздействиям на психику человека и их последствиям войны конца XX века очень похожи на войну во Вьетнаме. По данным национального исследования ветеранов вьетнамской войны, в 1988 г. у 30,6 % участвовавших в ней американцев наблюдалось ПТСР. У 55,8 % лиц, имеющих ПТСР, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства. Выявлено, что вероятность оказаться безработным у них была в 5 раз больше по сравнению с другими лицами, разводы имели место у 70 % обследованных, проблемы с воспитанием детей – у 35 %. Крайние формы изоляции от людей наблюдались у 47,3 % ветеранов, выраженная

враждебность – у 40 %, совершение более 6 актов насилия в год – у 36,8 %, попадание в тюрьму или арест – у 50 % из них.

Участие в войне приводит к заметным качественным изменениям сознания ветерана (Еремина и др.). Согласно результатам исследований военных медиков и психологов, особенности жизни в боевых условиях приводят к тому, что после возвращения к мирной жизни у ветерана развивается так называемый кризис идентичности, то есть утрата целостности восприятия себя и своей социальной роли. Это проявляется в нарушении способности адекватно участвовать в сложных социальных взаимодействиях, в которых происходит самореализация человеческой личности.

Нередко наблюдаются утрата способности к сопереживанию и снижение потребности в душевной близости с другими людьми. Так, почти половина опрошенных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях, жалуются, что они не могут найти понимания ни в обществе, ни в семье. Каждый четвертый заявил, что испытывает трудности при общении в трудовом коллективе, а каждый второй менял место работы по три-четыре раза. Нарушенная способность поддерживать социальные контакты сказывается и на семейных отношениях: почти каждый четвертый находится в разводе.

Жизненный опыт этих людей уникален; он резко отличается от опыта невоювавших людей, что и порождает непонимание со стороны окружающих. Как правило, к бывшим бой-

цам относятся с непониманием и опаской, что только усугубляет болезненную реакцию ветеранов на непривычную обстановку, которую они оценивают с присущим им фронтовым максимализмом. Ветераны подходят к мирной жизни с фронтовыми мерками и переносят военный способ поведения на мирную почву, хотя и понимают, что это неадекватно. Многим ветеранам трудно сдержаться, проявить гибкость, отказаться от привычки хвататься за оружие, в прямом или в переносном смысле.

Рисунок цель?

# Глава 1

## Диагностика ПТСР у участников боевых действий

Согласно статистике, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическим расстройством, а среди раненых – каждый третий. Другие последствия начинают проявляться спустя несколько месяцев после возвращения к нормальным условиям жизни. Это, например, различные психосоматические заболевания.

Основными проблемами бывших комбатантов являются страх (57 %), демонстративность поведения (50 %), агрессивность (58,5 %) и подозрительность (75,5 %). К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, немотивированные вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Кроме того, отмечаются: неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на самоубийство; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив; идентификация себя с убитыми. Для участников боевых действий характерны также эмоциональная напряженность и эмоциональная обособленность, повышенная раздражительность, бес-

причинные агрессивность и гнев, приступы страха и тревоги, повторяющиеся яркие «боевые» сны и ночные кошмары, навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, эмоции с «возвращением» к психотравмирующей ситуации.

К другим психическим послестрессовым явлениям у ветеранов войн относятся:

- состояние пессимизма,
- ощущение заброшенности;
- недоверие;
- неспособность говорить о войне;
- потеря смысла жизни;
- неуверенность в своих силах;
- ощущение нереальности того, что происходило на войне;
- чувство, что «я погиб на войне»;
- ощущение невозможности влиять на ход событий;
- неспособность быть открытым в общении с другими людьми;
- тревожность и потребность иметь при себе оружие;
- неприятие ветеранов других войн;
- негативное отношение к представителям власти;
- желание выместить на ком-либо злость за то, что был послан на войну, и за все, что там происходило;
- отношение к женщинам только как к объекту удовлетворения сексуальных потребностей;

- склонность участвовать в опасных «приключениях»;
- попытка найти ответ на вопрос, почему погибли твои друзья, а не ты.

Выделяются следующие основные психологические и физиологические проявления посттравматических стрессовых нарушений у ветеранов войны (Колодзин, 1992).

**1. Сверхбдительность.** Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Но эта опасность не только внешняя, но и внутренняя – она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения. Это физическое напряжение, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть, может создать немало проблем. Во-первых, поддержание высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Во-вторых, ветерану начинает казаться, что это и есть его основная проблема и что как только напряжение удастся уменьшить или расслабиться, все будет хорошо. На самом деле, физическое напряжение может защищать сознание, и нельзя убирать психологические защиты, пока не уменьшилась интенсивность переживаний. Когда же это произойдет, физическое напряжение уйдет само.

**2. Преувеличенное реагирование.** При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения

(бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит и т. д.

**3. Притупленность эмоций.** Иногда ветеран полностью или частично теряет способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, недоступны радость, любовь, творческий подъем, дух игры и спонтанность. Многие ветераны жалуются, что после травмирующих событий им стало намного труднее испытывать подобные чувства.

**4. Агрессивность.** Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

**5. Нарушения памяти и концентрации внимания.** Ветеран испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, в определенных обстоятельствах. В иные моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться.

**6. Депрессия.** В состоянии посттравматического стресса

депрессия усиливается, доходя до отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Ей сопутствуют нервное истощение, апатия и негативное отношение к жизни.

**7. Общая тревожность.** Она проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, «параноидальные» явления – например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

**8. Приступы ярости.** Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости. Многие ветераны сообщают, что такие приступы чаще возникают под действием наркотических веществ и особенно алкоголя. Однако подобное поведение наблюдается и вне зависимости от алкоголя или наркотиков, так что было бы неверно считать опьянение основной причиной этих приступов.

**9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.** В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны начинают злоупотреблять табаком, алкоголем и (в меньшей степени) другими наркотическими веществами.

**10. Непрошенные воспоминания.** Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся «в то время», т. е. во время травмирующего события: запахи, зрительные стимулы, звуки. Яр-

кие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические «непрощенные воспоминания» сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Непрощенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У ветеранов войны эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями. Сны такого рода бывают, как правило, двух типов: 1) с точностью видеозаписи, воспроизводят травмирующее событие так, как оно запечатлелось в памяти; 2) в снах этого типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые элементы (люди, ситуация, ощущение) подобны пережитой травме. Человек пробуждается от такого сна совершенно разбитым; его мышцы напряжены, он весь в поту.

В медицинской литературе ночной гипергидроз иногда рассматривают как самостоятельный симптом, поскольку многие пациенты, просыпаясь мокрыми от пота, не помнят, что им снилось. Тем не менее, очевидно, что гипергидроз является реакцией именно на сновидение, независимо от того, запоминается оно или нет. Иногда во время подобного сна человек мечется в постели и просыпается со сжатыми кулаками, словно готовый к драке.

Такие сновидения являются, пожалуй, самым устрашающим аспектом ПТСР, и ветераны неохотно сообщают об

этом.

**11. Галлюцинаторные переживания.** Это особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях – с той разницей, что при галлюцинаторном переживании воспоминание о случившемся настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными. В этом «галлюцинаторном» отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему приходилось спасать свою жизнь.

Галлюцинаторные переживания свойственны не всем: это всего лишь разновидность непрошенных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако могут появиться и в трезвом состоянии, даже у того, кто никогда не употреблял наркотических веществ.

**12. Проблемы со сном** (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары, есть основания думать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: он боится заснуть и вновь увидеть ужасный сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса.

**13. Мысли о самоубийстве.** Ветеран нередко думает о

самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге должны привести его к смерти.

Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Многие участники боевых действий сообщают, что в какой-то момент достигали той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение. Все те, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство – и со временем появляются более светлые перспективы.

14. **«Вина выжившего».** Чувство вины из-за того, что ты выжил в тяжелых испытаниях, унесших жизнь других, нередко присуще тем, кто страдает от «эмоциональной пустоты» (неспособности пережить радость, любовь, сострадание и т. д.) после травмирующих событий. Многие жертвы ПТСР готовы на что угодно, лишь бы не вспоминать о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничужительного поведения. Этим же объясняется и формирование избегающего поведения, когда ветераны уклоняются от встреч с бывшими сослуживцами, родственниками погибших товарищей.

На процесс адаптации к мирным условиям жизни влияют характерные особенности личности. В поведении человека, вернувшегося с войны, соединяются способы поведения, сформировавшиеся под воздействием стресс-факторов боевой обстановки, с прежними (довоенными).

Психика каждого человека по-своему защищается от экстремальных воздействий: механизмами защитного поведения может стать двигательная возбудимость и активность, агрессия, апатия, психическая регрессия или же употребление алкоголя и наркотических веществ. Л. Китаев-Смык (1983) разработал следующую **типологию участников боевых действий с деструктивными постстрессовыми изменениями личности:**

1. **«Надломившиеся»**, которым присущи постоянное переживание страха, неполноценности и неуравновешенность, склонность к жесткости. Часто они стремятся к уединению и употребляют алкоголь и наркотики.

2. **«Дурашливые»**, склонные к инфантильным поступкам, неуместным шуткам. Как правило, они недооценивают реальную угрозу для собственной жизни.

3. **«Остервеневшие»**, которые за время боевых действий выработали в себе повышенную агрессивность. Они опасны и для себя, и для окружающих, особенно с оружием.

Разнообразные отсроченные реакции на психотравмирующие события войны проявляются в зависимости от индивидуальных свойств комбатантов. Согласно исследованиям А. Кардинера, это могут быть фиксация на травме, типичные сны, снижение общего уровня психической деятельности, раздражительность или взрывные агрессивные реакции (Kardiner, 1941). Существуют несколько точек зрения на природу различий посттравматических стрессовых реакций

у ветеранов.

По наблюдениям М. Горовица, «длительность процесса ответного реагирования на стрессовое событие обуславливается значимостью для индивида связанной с этим событием информации» (Horowitz, 1986).

При благоприятном осуществлении данного процесса он может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев после окончания психотравмирующего воздействия. Это нормальная реакция на стрессовое событие. При обострении ответных реакций и сохранении их проявлений в течение длительного времени следует говорить о патологизации процесса ответного реагирования.

М. Горовиц (1986) выделяет четыре фазы ответной реакции на стрессовые события:

- фаза первичной эмоциональной реакции;
- фаза «отрицания», выражающаяся в эмоциональном оцепенении, подавлении и избегании мыслей о случившемся и ситуаций, напоминающих о психотравмирующем событии;
- фаза чередования «отрицания» и «вторжения» {«вторжение» проявляется в «прорывающихся» воспоминаниях о психотравмирующем событии, снах о событии, повышенном уровне реагирования на все, что напоминает психотравмирующее событие);
- фаза дальнейшей интеллектуальной и эмоциональной переработки травматического опыта, которая заканчивается его ассимиляцией или аккомодацией к нему.

Преодоление индивидом психотравмирующего воздействия стрессоров боевой обстановки зависит не только от успешности когнитивной переработки травматического опыта, но и от взаимодействия трех факторов: характера психотравмирующих событий, индивидуальных характеристик ветеранов и особенностей условий, в которые ветеран попадает после возвращения с войны (Green, 1990).

К характеристикам *психотравмирующего события* относят: степень угрозы для жизни, тяжесть потерь, внезапность события, изолированность от других людей в момент события, воздействие окружающей обстановки, наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события, моральные конфликты, связанные с событием, пассивная или активная роль ветерана (был ли он жертвой или активно действующим лицом во время события), непосредственные результаты воздействия данного события.

Среди *индивидуальных характеристик* ветерана выделяются: уровень развития совладающего поведения, эффективность психологической защиты, имевшиеся до травмы трудности адаптации, психические отклонения, а также демографические показатели.

*Послевоенное окружение* ветерана характеризуют: уровень поддержки, культурные особенности, отношение окружающих к войне, социальная помощь.

Взаимодействие этих трех факторов с процессом когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание

избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к росту психического напряжения, либо к постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта. В результате возможны два исхода: психическая «рестабилизация» или возникновение ПТСР.

По мнению российских военных психиатров, полное избавление от боевого посттравматического синдрома невозможно (Литвинцев, Шамрей, 2001). Его признаки имеют тенденцию не только сохраняться продолжительное время, но и нарастать, а также проявляться внезапно на фоне внешнего благополучия. Состояние ветерана можно улучшить только с помощью системы реабилитационных мероприятий. Реабилитация может иметь временный, но значительный успех, приводящий к резкому улучшению качества жизни. Переделать по русски

**Клиническая диагностика ПТСР** обычно включает в себя выявление следующих признаков расстройства (Пушкарев и др., 2000).

- **Нарушения сна.** Для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, поэтому данное расстройство следует предполагать у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Больные могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно, с криком, нападая на лежащего рядом в постели.

• **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.

• **Изменения поведения**, взрывчатые вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию.

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

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

• **Депрессия, суицидальные мысли или попытки самоубийства**.

• **Высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости**.

• **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 боли, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита.

В работе Горовица и соавт. (1994) показано, что у 75 % пациентов с ПТСР встречались головные боли и чувство слабости в различных частях тела, у 56 % – тошнота, боли в

области сердца, в спине, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле», и, наконец, 40 % обследованных беспокоило затруднение дыхания.

**Острое ПТСР диагностируют**, когда симптомы возникают в пределах 6 месяцев после перенесенной травмы и сохраняются не более 6 месяцев. Прогноз хороший.

О **хронических ПТСР** говорят, когда продолжительность симптомов превышает 6 месяцев.

Для **отсроченных ПТСР** характерно появление симптомов после латентного периода, симптоматология появляется через 6 и более месяцев после травмы и длится более 6 месяцев.

У ветеранов войны в развитии ПТСР выделяют пять фаз:

- 1) начальное воздействие;
- 2) сопротивление/отрицание;
- 3) допущение/подавление;
- 4) декомпенсация;
- 5) совладание с травмой и выздоровление.

Однако, по мнению многих авторов, положение о существовании окончательной фазы разрешения не подтверждается практикой, выздоровление происходит гораздо медленнее, чем ожидается. Поэтому следует говорить о нескольких возможных путях развития заболевания. Один из них заканчивается адаптивным разрешением. Второй путь – дезадап-

**тивное разрешение ПТСР** в виде одной из форм, основанной:

- на генерализованной реакции страха;
- на генерализованной реакции гнева;
- на диссоциации;
- на реакции «ухода в себя»;
- на использовании травмы.

Концепция дезадаптивного разрешения полезна для понимания того факта, что индивидуумы с хроническим 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.

Практически у всех ветеранов длительное время после войны проявляются выраженные **первичные симптомы ПТСР**. К ним относятся:

1) **Повторное переживание травмы**, которое имеет несколько форм (для диагноза ПТСР достаточно наличия одной формы). Самый частый (у 80 % пациентов) вариант повторного переживания травмы – *повторяющиеся ночные кошмары*, которые в первые 2–4 года после войны беспокоят практически всех ветеранов. Для таких сновидений характерны чувство беспомощности, одиночества в ситуации угрозы для жизни, преследование врагами, выстрелы и попытка убийства, отсутствие оружия для защиты. Подобно-

го рода сны нередко являются частью сновидений о войне. Сильнее всего ночные кошмары беспокоят пациентов с последствиями контузии головного мозга. Часто сновидения сопровождаются различными движениями.

Второй по выраженности проявлений вариант повторного переживания травмы – это *психологический дистресс*, возникающий обычно под воздействием событий, символизирующих травматическое переживание или имеющих сходство с различными его аспектами, включая празднование военных годовщин. Данные проявления в той или иной степени наблюдаются почти у 70 % обследованных. Многие внешние события являются своего рода триггерами, напоминающими боевой опыт и вызывающими неприятные ассоциации (информация о войне; низко летящий вертолет; работа фотостимулятора при регистрации ЭЭГ, ассоциирующаяся с очередью из автомата). Эти стимулы могут реактивировать симптомы ПТСР и дистресс.

Периодически возникающие воспоминания о военных событиях (еще одна форма «вторжения») отмечаются более, чем у 50 % обследованных. Наиболее часто наблюдались печаль по поводу потери, сопровождающаяся острой эмоциональной болью, прокручивание тех или иных аспектов травматических событий.

Предполагается, что несмотря на вызываемый дискомфорт, повторное переживание травмы имеет адаптивное значение. Показано, что попытки избежать неприятных повтор-

ных переживаний травмы чаще ведут к патологическому разрешению.

2) **Эмоциональное оскудение**, а также избегание стимулов, связанных с травмой, является второй важной клинической чертой ПТСР. 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 личной жизни значительного числа ветеранов: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до или сразу после войны, отмечается большое число разводов.

Кроме того, ветеранам свойственно ощущение «отсутствия завтрашнего дня» (расстройство временной перспективы), что проявляется в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), представления о кратковременности предстоящего отрезка жизни, ожидания несчастья в будущем.

3) **Симптомы повышенной возбудимости**. Они проявляются, прежде всего, расстройствами сна, связанными или не связанными с ночными кошмарами. У обследованных ветеранов выделены следующие варианты нарушения

сна: инсомнии (нарушение засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна); парасомнии (двигательные, психические – в форме ночных кошмаров).

Повышенная раздражительность, ярость, гнев, склонность к насилию являются типичными проявлениями еще одной констелляции симптомов повышенной возбудимости. В 95 % случаев наблюдается выраженное снижение устойчивости внимания. О повышенной осторожности, сверхбдительности сообщают 80 % обследованных ветеранов.

**К вторичным симптомам ПТСР**, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят: **депрессию, тревогу, импульсивное поведение, употребление алкоголя и других ПАВ, соматические проблемы, нарушение чувства времени, нарушение Эго-функционирования.**

В структуре жалоб, которые анализировались по Гиссенскому психосоматическому опроснику, у ветеранов с признаками ПТСР наибольший удельный вес имеют жалобы, относящиеся к состоянию сердечно-сосудистой системы – 36 % всех жалоб. Несколько меньше жалоб связано с проявлением нервного истощения – 24,6 %. Жалобы, связанные с болями различной этиологии и локализации – 20,2 %. Жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта – 19,1 %. Общая интенсивность жалоб у ветеранов с признаками ПТСР почти в 2 раза больше, чем у ветеранов без ПТСР. Общая интенсивность жалоб у ветеранов без ПТСР практически не

отличается от этого показателя у здоровых людей, не участвовавших в военных действиях. Особенностью группы ветеранов без ПТСР является (в отличие от здорового контингента) превалирование жалоб (40,5 %), связанных с состоянием сердечно-сосудистой системы (в контрольной группе этот фактор не более 20 %).

Психопатологические нарушения в исследованиях ветеранов Афганской войны были представлены следующими синдромами: истеро-ипохондрический (32 %); астено-ипохондрический (35 %); обсессивно-фобический (33 %); астено-депрессивный (26 %); астено-невротический (38 %). При этом по сравнению с ветеранами, не имеющими признаков ПТСР, у ветеранов с признаками ПТСР в 3,7 раза чаще выражен астено-невротический синдром (особенно его субклинические формы); в 4,7 раза – астено-ипохондрический синдром; в 9,5 раза — обсессивно-фобический синдром; в 7,3 раза – истеро-ипохондрический синдром; в 7,5 раза – астено-депрессивный синдром.

В отечественной литературе описываются *типы психической дезадаптации* ветеранов, выделенные в зависимости от целостной поведенческой стратегии (Карвасарский и др., 1990).

Первый тип – **активно-оборонительный** (преимущественно адаптированный). Отмечается либо адекватная оценка тяжести заболевания, либо тенденция к его игнорированию. Наблюдаются невротические расстройства. У ча-

сти ветеранов этого типа выражено стремление обследоваться и лечиться амбулаторно.

Второй тип – **пассивно-оборонительный** (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. Психический дискомфорт проявляется в жалобах соматического характера.

Третий тип – **деструктивный** (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.

Описаны разнообразные *психопатологические симптомокомплексы*, наблюдаемые у ветеранов (Цыганков, 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.

Для **эксплозивного симптомокомплекса** характерны повышенная раздражительность, взрывчатость, злобность и агрессивность.

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

Для экспертных решений следует использовать «Шкалу клинической диагностики ПТСР» (CLINICAL-ADMINISTERED PTSD SCALE – CAPS). Она разработана для диагностики тяжести текущего ПТСР как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом (Weathers et al, 1992; Weathers, 1993).

Шкала CAPS применяется, как правило, дополнительно к Структурированному клиническому интервью (СКИД) (Structured Clinical Interview for DSM III-R) для клинической диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты проявления симптомов. Ее используют, если в ходе

интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995).

CAPS позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. С помощью этой шкалы можно определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Необходимо помнить, что время рассмотрения проявлений каждого симптома – 1 месяц. С помощью вопросов шкалы определяется частота встречаемости изучаемого симптома в течение предшествующего месяца, а затем оценивается интенсивность проявления симптома. Важно подчеркнуть, что критерии C и D требуют, чтобы не было проявлений симптома до травмы. Интервьюер должен удостовериться в том, что у пациента манифестация симптомов C и D произошла именно после травмы. Если в прошлом месяце состояние пациента соответствовало диагностическим критериям ПТСР, то оно автоматически определяется как удовлетворяющее критериям ПТСР, развившегося в посттравматический период.

Кроме того, используются другие методики психологической диагностики ПТСР:

✓ шкала оценки тяжести воздействия травматического со-

бытия (Impact of Event Scale-Revised, IOES-R);

✓ Миссиссипская шкала для оценки посттравматических реакций;

✓ опросник Бека для оценки депрессии;

✓ опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса);

✓ шкала ПТСР из ММПИ;

✓ шкала оценки тяжести боевого опыта Т. Кина.

## **Дифференциальный диагноз**

При диагностике ПТСР следует проявлять осторожность – прежде всего необходимо исключить другие синдромы, которые могут появиться после травмы. Особенно важно распознавать поддающиеся лечению неврологические или соматические заболевания, которые могут вносить свой вклад в развитие посттравматических симптомов. Например, черепно-мозговая травма, употребление ПАВ или абстинентный синдром могут быть причиной симптомов, проявившихся сразу после травмы или спустя несколько недель. Выявление неврологических или соматических расстройств требует подробного сбора анамнеза, тщательного физикального обследования, а иногда и нейропсихологического исследования. При классическом неосложненном ПТСР сознание и ориентировка больного не страдают. Если при нейропсихологическом исследовании выявляется когнитивный дефект, отсутствовавший до травмы, следует исключить органическое по-

ражение головного мозга.

Симптомы ПТСР бывает трудно отличить от проявлений панического расстройства или генерализованного тревожного расстройства, поскольку при всех трех состояниях наблюдаются выраженная тревога и повышенная реактивность вегетативной системы. Большое значение в диагностике посттравматического стрессового расстройства имеет установление временной связи между развитием симптомов и психотравмирующим событием. Кроме того, при ПТСР наблюдаются постоянное переживание травмирующих событий и стремление избежать любого напоминания о них, что не характерно для панического и генерализованного тревожного расстройства. ПТСР часто приходится дифференцировать и с большой депрессией. Хотя два этих состояния легко различить по их феноменологии, важно не пропустить у больных с ПТСР коморбидной депрессии, которая может оказать важное влияние на выбор терапии. Наконец, это расстройство следует дифференцировать с пограничным расстройством личности, диссоциативным расстройством или преднамеренной имитацией симптомов, которые могут иметь сходные с ПТСР клинические проявления

## Глава 2

# Клиническая типология ПТСР и вопросы дифференцированной психофармакотерапии

### Клиническая типология ПТСР

Удельный вес и значимость соотношения коморбидных симптомов и осевых симптомов ПТСР позволяет выделить несколько его типов, что имеет практическую терапевтическую значимость (В. М. Волошин, 2005).

**Тревожный тип ПТСР** (наблюдается у 32 % больных) характеризуется высоким уровнем соматической и психической немотивированной тревоги 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, раздражительностью, напряженностью. Расстройства сна характеризуются трудностями при засыпании с доминированием в сознании тревожных мыслей о своем состоянии, опасениями за качество и продолжительность сна, страхом перед мучительными сновидениями (эпизоды боевых действий, насилия, зачастую

расправ с самими больными). Больные часто 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 %)** отличается доминированием чувства вялости и слабости. Фон настроения снижен с переживанием безразличия к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушия к проблемам семьи и рабочим вопросам. Поведение отличается пассивностью, характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В течение недели несколько раз возникают непроизвольные 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 поведение нехарактерно, больные редко скрывают свои переживания и, как пра-

вило, самостоятельно обращаются за помощью.

**Дисфорический тип ПТСР (21 %)** характеризуется постоянным переживанием внутреннего недовольства, раздражения, вплоть до вспышек злобы и ярости, на фоне угнетенно-мрачного настроения. Больные отмечают высокий уровень агрессивности, стремление выместить на окружающих овладевающие ими раздражительность и вспыльчивость. В сознании диминируют представления агрессивного содержания в виде картин наказания мнимых обидчиков, драк, споров с применением физической силы, что пугает больных и заставляет сводить свои контакты с окружающими к минимуму. Зачастую сдержаться не могут и на замечания окружающих дают бурные реакции, о которых впоследствии сожалеют. Наряду с этим возникают произвольные представления психотравмирующих ситуаций сценopodobного характера. Нередки сцены насилия с активным участием самих больных. Внешне больные мрачные, мимика с оттенком недовольства и раздражительности, поведение отличается отгороженностью. Типично избегающее поведение, замкнутость, малословность. Активно жалоб не предъявляют и попадают в поле зрения специалистов в связи с поведенческими расстройствами, регистрируемыми близкими или сослуживцами.

**Соматоформный тип ПТСР (20 %)** характеризуется массивными соматоформными расстройствами с преимущественной локализацией телесных ощущений в кардиологиче-

ской (54 %), гастроэнтерологической (36 %) и церебральной (20 %) анатомических областях, сочетающимися с психовегетативными пароксизмами.

Собственно симптомы ПТСР возникают у данных больных спустя 6 мес. после психотравмирующего события, что позволяет эти случаи обозначить как отставленный вариант ПТСР. Типично формирование избегающего поведения на фоне панических атак, а симптомы эмоционального оцепенения и феномены "флэш-бэк" встречаются достаточно редко и не носят столь тягостного эмоционального характера. Депрессивный аффект представлен недифференцированной гипотимией с отчетливыми тревожно-фобическими включениями. Идеаторный компонент симптомокомплекса больше представлен ипохондрической фиксацией на телесных ощущениях и пароксизмальных приступах с выраженной тревогой ожидания их возникновения, чем симптомами гипервозбуждения и переживанием психотравмирующей ситуации.

## **Дифференцированная психотерапия ПТСР**

Терапия первой линии ПТСР включает СИОЗС и венлафаксин. Часто ПТСР имеет хроническое течение и требует продолжительного лечения, по крайней мере, на протяжении 12–24 месяцев. Доказана долговременная эффективность СИОЗС флуоксетина и сертралина, СИОЗСН венлафаксина.

Выделенные типы ПТСР имеют непосредственную практическую значимость, так как современная психофармакотерапия использует принцип синдромов-мишеней, причём дифференцированная оценка симптомокомплекса ПТСР определяет выбор психофармакологических препаратов либо их сочетаний (В. М. Волошин, 2005).

В соответствии с указанными наиболее часто встречающимися типами ПТСР проводится дифференцированная психофармакотерапия. Учитывая тот факт, что ПТСР является мультисистемным нейробиологическим расстройством, разработка терапевтических программ, разделенных на его биологические подтипы, также согласуется с принципом синдрома направленной терапии.

При тревожном типе ПТСР наиболее эффективным препаратом 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 % от первоначальной выраженности. При приеме коаксила к концу 2-й недели уменьшались расстройства сна в фазе засыпания и сглаживалась эмоциональная окраска ночных кошмарных сновидений. Присоединение к терапии коаксилом пролонгированной формы тегретола в вечернее и ночное время способствовало нормализации сна и полной редукции ночных кошмаров. В меньшей степени поддавались

терапевтической редукции избегающее поведение и феномены "флэш-бэк", что подтверждает более сложный характер данных расстройств.

Дисфорический вариант ПТСР определял назначение монотерапии 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. Можно говорить о незначительной редукции данного феномена, а к периоду окончания лечения признак ("флэш-бэк") оценивался нами как симптом средней выраженности, 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 к периоду окончания лечения можно было говорить об эпизодических, слабо эмоционально окрашенных сновидениях, которые вспоминались в утренние часы, но не доминировали в сознании и не определяли ночных по-

буждений.

Оценка симптомов тревоги и депрессии у больных с ПТСР и особенности терапевтической динамики эмоциональных расстройств позволяют сказать, что значительно выраженная тревога до лечения включала преобладающую соматическую составляющую и значительно ей уступающую психическую. В конце лечения соматическая тревога практически полностью редуцировалась, однако слабо выраженные симптомы психической тревоги оставались. В этой связи можно также говорить о значительной степени выраженности депрессии у больных с ПТСР до лечения и редукации депрессивных расстройств до степени легких нарушений к окончанию терапии. Получены данные об эффективности в случае затяжного течения ПТСР флюанксола – тимонейролептика, обладающего в дозах до 3,0 мг в сутки энергизирующим и собственно тимоаналептическим действием. Препарат особенно показан при астеническом с затяжным течением типе ПТСР.

Все выше сказанное подтверждает необходимость дальнейшего целенаправленного дифференцированного лечения у больных с ПТСР с учетом синдромальной структуры расстройств и удельного веса коморбидной симптоматологии. По данным мировой литературы, терапия ПТСР должна быть представлена непрерывным лечением не менее 6 мес.

Особо следует остановиться на поведенческом тимоаналептическом и в целом стрессопротективном действии ре-

тардированной формы карбамазепина (тегретол CR-200). Препарат назначался как в виде монотерапии, в дозах до 400 мг в сутки в 2 приема (утро, вечер), так и в сочетании с альпразоламом. В последнем случае за счет комбинированной терапии удавалось обходиться меньшей суточной дозировкой ксанакса, а вечерне-ночные назначения тегретола-ретард определяли глубокий сон без сновидений, с хорошим пробуждением в утренние часы. Препарат оказался особенно эффективным при терапии расстройств сна у лиц с органически измененной почвой либо последствиями закрытой черепно-мозговой травмы и контузией. Влияние на поведенческую активность тегретола CR-200 выразилось в быстрой редукции дисфорического оттенка настроения, раздражительности, агрессивности. К 5-му дню отмечали регрессию слезливости и эмоциональной лабильности. Собственно тимоаналептическая составляющая психотропной активности карбамазепина проявлялась в значительной редукции депрессии, ангедонии, гипотимии, а также эмоциональной гиперестезии. На фоне приема препарата вынужденные воспоминания о травмирующей ситуации в процессе общения с сослуживцами не носили столь яркого эмоционально окрашенного стрессогенного характера, что позволяет считать его препаратом выбора при терапии дисфорического типа ПТСР.

Эффективность терапии серотонинергическим антидепрессантом сертралином 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 дню отмечается углубление тревожных расстройств, особенно за счет соматической тревоги, которая к 10-му дню терапии становится несколько меньше: а к 14-му можно говорить о выраженной обратной динамике тревожных нарушений. Пик анксиолитического эффекта сертралина приходится на период с 14-го по 15-й день терапии. На 60-е сутки тревожные симптомы минимальны.

Редукция феномена "флэш-бэк" и кошмарных сновидений: 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 месяца лечения.

Редукция феномена "избегающего поведения" начинает проявляться в незначительной степени к 14-му дню лечения и становится отчетливой 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, а затем к 45-му и 60-му, но не исчезая полностью.

Следует особо подчеркнуть, что среди пролеченных больных были лица, как с острыми, так и с хроническими расстройствами, что, вероятно и нашло отражение в результатах психофармакотерапии сертралином. В случаях с затяжным и хроническим течением необходима терапия не менее 6 мес. и, возможно, с присоединением мягких энергезирующих тимонейролептиков.

## **Выводы о типологии и психофармакотерапии ПТСР**

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 многолетней актуальностью психогенно сформированной симптоматики, ограниченностью симптоматики, отражающей стрессовые события, с тенденцией к формированию агорафобических расстройств и депрессивных коморбидных симптомов.

2. В зависимости от типа доминирующего депрессивного аффекта формируется определенный тип ПТСР, что определяет структурирование тревожного, астенического, дисфорического и соматоформного типов ПТСР.

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.