

ДИНАМИКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Погодина Т.Г.*¹, доктор медицинских наук,
Трошин В.Д.², доктор медицинских наук

¹ Кафедра криминалистики ГОУ ВПО «Нижегородская академия МВД России»,
603104, Нижний Новгород, Анкудиновское шоссе, 3

² Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава», 603005, Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1

РЕЗЮМЕ Исследована группа пациентов Нижегородского областного неврологического госпиталя ветеранов войн, в состав которой вошли участники боевых действий с нервно-психической патологией (всего 420 человек). Всем обследуемым проводилось клиническое и клинко-физиологическое обследование (электроэнцефалография, компьютерная томография, электрокардиография, ультразвуковые и рентгеновские обследования, биохимические и иммунологические исследования крови), а также экспериментально-психологическое обследование в виде тестирования и анкетирования. Динамическое наблюдение за 201 пациентом проводилось на протяжении нескольких лет (от 3 до 11). Изучены распространенность, клинические проявления и динамика расстройств невротического уровня, последствий перенесенных черепно-мозговых травм, психосоматических заболеваний. Рассмотрены теории пато- и сангенеза с точки зрения теории функциональных систем.

Ключевые слова: психические расстройства, участники боевых действий, последствия перенесенных черепно-мозговых травм, психосоматические заболевания, патологическая система.

**Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: tatiana.pogodina@mail.ru*

Социально-политические и экономические преобразования в России последних лет сопровождаются ростом межнациональных конфликтов. Боевые действия, социальные потрясения имеют катастрофические последствия, ведут к страданиям и гибели людей, разрушению социальной инфраструктуры. Психопатологические и психосоматические расстройства участников боевых действий с течением времени начинают преобладать в структуре медико-социальных последствий войны.

Ведущее значение имеют угроза жизни, ранения и травмы, потеря близких людей. Человек сталкивается с проблемой выживания. Одновременно воздействуют неблагоприятные экологические факторы, нарушается привычный режим

жизнедеятельности, меняются жизненные стереотипы. В результате страдает не только «соматическое» здоровье, но и способность быть здоровым на духовно-нравственном, нервно-психическом уровне. Негативные психопатологические последствия связаны с изменением ценностных ориентаций на уровне индивидуальности и личности. Психическое и биологическое, присущее человеку, замыкается в своеобразный неразрывный круг. Вследствие процесса «индукции» психические и психосоматические расстройства начинают проявляться и у членов семей комбатантов. В результате неуклонно снижается качество жизни большой социальной группы людей и, безусловно, страдает все общество в целом.

Pogodina T.G., Troshin V.D.

DYNAMICS OF NEURO-PSYCHIC DISORDERS IN WAR VETERANS

ABSTRACT We examined 420 patients of Nizhny Novgorod regional neurological hospital, war veterans with neuro-psyhic pathology were among them. All patients underwent clinical and clinico-physiological examination (electroencephalography, computer tomography, electrocardiography, ultrasonic and roentgenological examination, biochemical and immunological blood analysis) so as experimental psychological examination in form of test and questionnaire. 201 patients were observed in dynamics for the space of 3–11 years. Prevalence, clinical manifestations and dynamics of neurotic disorders, after-actions of craniocerebral injuries and psychosomatic diseases were studied. Theories of patho- and sangenesis from the point of view of functional systems theory were under discussion.

Key words: psychic disorders, war veterans, after-actions of craniocerebral injuries, psycho-somatic diseases, pathological system.

Медико-психологический анализ состояния участников войн, стихийных бедствий и катастроф свидетельствует о специфичности их нервно-психических расстройств. Используемые многими авторами термины «чеченский синдром», «афганский синдром» рассматриваются преимущественно с позиций психиатрии, невропатологии или психологии, без учета того, что все симптомы, по мнению В.М. Бехтерева, являются выражением одного и того же нервно-психического процесса. Патолофизиологические аспекты данного расстройства разработаны недостаточно, а именно знание этих вопросов нужно для эффективного лечения выявленной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Объектом настоящего исследования явилась группа пациентов ОГУЗ «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн», в состав которой вошли участники боевых действий с нервно-психической патологией (всего 420 человек). Среди них 198 — участники боевых действий в Афганистане; 203 — на территории Чеченской Республики и 22 — других локальных вооружённых конфликтов. Всем пациентам проводилось клиническое и клинико-физиологическое обследование (электроэнцефалография, компьютерная томография, электрокардиография, ультразвуковые и рентгеновские обследования, биохимические и иммунологические исследования крови), а также экспериментально-психологическое обследование в виде тестирования и анкетирования. Клиническая оценка состояния проводилась на феноменологическом, синдромологическом и нозологическом уровнях. Экспериментально-психологическое исследование было направлено на выявление личностных особенностей, наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), изучение эмоций, внимания, памяти, речи, счёта, письма. Использовались известные тесты Айзенка, Шмишека, для выявления ПТСР применялся Миссисипский опросник боевого ПТСР Т. Кина (1988). Электроэнцефалографическое исследование было обязательным для лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, при наличии любого варианта пароксизмов церебрального и экстрацеребрального генеза. Динамическое наблюдение за 201 пациентом проводилось на протяжении нескольких лет (3—11), что дало возможность проследить эффективность реабилитационных мероприятий.

Среди участников войны в Афганистане черепно-мозговые травмы различной степени тяжести перенесли 53% обследованных, 23% имели другие ранения (в основном осколочные); тяжелые

инфекционные заболевания во время службы перенесли 38% (гепатит, малярия, дизентерия, брюшной тиф, амёбиаз).

Среди участников боевых действий на территории Чеченской Республики от черепно-мозговых травм различной степени тяжести пострадали 56%; 15% имели другие ранения (осколочные и огнестрельные); 10% перенесли во время службы тяжелые инфекционные заболевания (дизентерию, гепатит).

Группы обследуемых были сформированы следующим образом:

1. Пациенты с неврозами; с ПТСР и различными видами зависимостей.
2. Пациенты с последствиями черепно-мозговых травм и других ранений.
3. Пациенты с психосоматической патологией.

Следует иметь в виду, что деление на группы условно. Нередко приходится иметь дело с целым комплексом расстройств. У 20% обследованных можно заподозрить сочетанную патологию; происходит как бы «нанизывание» одних синдромов на другие. Так, психосоматические расстройства могут развиваться на фоне последствий черепно-мозговой травмы у пациента с проявлениями ПТСР. Деление на группы проводилось на основании ведущей патологии, которая явилась непосредственной причиной дезадаaptации, утраты трудоспособности на момент обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пограничные нервно-психические расстройства как основной диагноз встретились у 26% обследованных; а ещё у 67% — как сопутствующая патология. К нозоспецифическим психическим расстройствам у участников боевых действий относят неврозы, расстройства личности, аддитивную патологию (алкоголизм, наркоманию). Признаки ПТСР, которое, на наш взгляд, является по существу синдромологическим образованием, выявлялись при любом нозоспецифическом расстройстве. Острая патология (длительностью менее трех месяцев) выявлена у 20% обследованных; хроническая (длительностью более трех месяцев) — у 36%; со стёртым характером — у 47%. Как отсроченное расстройство (симптоматика появилась спустя 6 и более месяцев после участия в боевых действиях, чётко звучат военные переживания) патологию можно охарактеризовать у 12% обследованных.

В нервно-психическом статусе у 109 лиц (26%) нейропсихические нарушения достигли завер-

шенности, что позволило говорить о сформировавшихся синдромах: астеническом, астенодепрессивном, обсессивно-фобическом, тревожной субдепрессии, дисфории.

Специфические расстройства личности выявлены у 32 человек (29% в этой группе), причём преобладает эксплозивность.

На первых этапах по возвращении из зоны боевых действий прослеживаются признаки эмоционально-волевых нарушений в рамках неврозов, синдрома ПТСР и других. Эти расстройства остаются базовыми, на них наслаиваются психосоматические заболевания и другие расстройства.

Астенические состояния большей или меньшей степени выраженности присутствовали почти у всех пациентов. Важно отметить, что нервно-психические нарушения у части пациентов протекали в рамках не одного синдрома, причём даже в течение суток состояние менялось.

Характерны стёртые аффективные расстройства в виде депрессивных фаз сроком от 2-3 дней до 1-2 месяцев и более. В такие периоды, как правило, более четко проявляются черты социальной дезадаптации (частая смена работы, распад семьи, алкоголизация, серия конфликтов). С помощью личностного опросника Шмишека установлено, что у 70% всех обследованных можно говорить как об акцентуированных личностях. Чаще всего это сочетание возбудимого и дистимического или возбудимого и циклотимического типов.

Для большинства обследованных (82%) характерны проявления вегетативной дисфункции, что свидетельствует о выраженности психоэмоционального напряжения, нарушении регуляторных функций. На расстройство вегетативной регуляции сосудистого тонуса, причём почти параллельно с прогрессированием заболевания, указывают показатели суточных колебаний артериального давления, когда наблюдается смещение преобладания повышенных цифр в утренние часы, увеличение размаха максимальных и минимальных цифр.

По данным электрокардиографии для 65% пациентов характерна брадикардия, свидетельствующая о преобладании тонуса вагоинсулярной системы, что соответствует данным литературы [4, 10].

Исследование функционального состояния нервной системы с помощью электроэнцефалографии проводилось 45 пациентам этой группы. У 16 зарегистрирован нерегулярный тип электроэнцефалограммы (ЭЭГ), который был оце-

нен как условно патологический, у 14 — нормальный тип ЭЭГ, у 9 — признаки лёгкой межполушарной асимметрии и заинтересованность срединно-стволовых структур. У 6 обследованных при световом воздействии отмечалось значительное снижение ориентировочной реакции при частичной сохранности альфа-ритма, что свидетельствует о гипореактивности центральных систем при функциональных нагрузках, ускоренной адаптации к раздражителям, низком уровне текущих функциональных резервов. Таким образом, наиболее характерными для данной группы явились нормальные и нерегулярные (условно патологические) ЭЭГ, что совпадает с данными уже имеющихся исследований [7]. В реагировании на боевой стресс чётко прослеживаются два этапа.

Первый этап — время участия в боевых действиях; он характеризуется реакцией на конкретную обстановку, ситуацию в виде острых (у 3%) и подострых психогений уровня невроза (у 19%). При изучении психоэмоционального состояния лиц, впервые попавших в боевую обстановку, выяснено, что 30% испытывают страх, 26% — сосредоточенность на ситуации, 15% — азарт, 13% — растерянность, 10% — безразличие, 3% — панику и 2% — озлобленность.

Второй этап начинается после возвращения в мирную жизнь, как правило, спустя несколько месяцев после участия в боевых действиях или в более поздние сроки, характеризуется затяжным течением, обычно имеет ещё и волнообразный характер. Он связан с более критической оценкой обстоятельств службы и реакцией на ухудшение здоровья [3]. В этот период формируются личностные нарушения, обуславливающие социальную дезадаптацию.

По данным анамнеза, самыми частыми изменениями на первом этапе были: повышенная тревожность, постоянная готовность к немедленным действиям, недоверие к внешне спокойной обстановке, нарушение сна. Эти проявления не имеют патологического характера, не затрагивают личность и являются приспособительными.

На втором этапе при обследовании отмечаются эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность вплоть до бурных аффективных вспышек, повышенная ранимость, недоверчивость к окружающим, сложность в установлении межличностных контактов, обострённое чувство справедливости, максимализм суждений и поступков, склонность к протестным реакциям.

Наименее разрушительными оказались последствия участия в боевых действиях при отсут-

ствии акцентуаций характера. И напротив, наиболее продолжительными были реактивные состояния у лиц с шизоидной, сенситивной, лабильной и психастенической акцентуацией, но признаки ПТСР в отдалённом периоде выявлялись реже. При эпилептоидной акцентуации наблюдались как затяжные реактивные состояния, так и ПТСР в отдалённом периоде. Для истероидных личностей развитие ПТСР оказалось нехарактерно.

При всём многообразии характерологических сдвигов у акцентуантов обнаруживаются некоторые общие черты. Это — обострённое чувство справедливости, повышенная тревожность и настороженность, сложность и избирательность в установлении межличностных контактов, в сохранении актуальности военных переживаний.

Достоверным фактором, предрасполагающим к развитию вышеуказанных расстройств, является достаточно длительное пребывание в боевой обстановке (больше 6 месяцев).

Средняя продолжительность пребывания при адаптивных изменениях нервно-психической сферы — 2,8 месяца. ПТСР чаще развиваются у лиц, непосредственно участвовавших в боях и переживших гибель товарищей.

Последствия перенесённых черепно-мозговых травм явились наиболее распространённой причиной госпитализации участников боевых действий. Среди обследованных ветеранов войны в Афганистане (198 человек) черепно-мозговые травмы перенесли 53%; 23,4% имели другие ранения. 203 участника боевых действий на территории Чечни имели в анамнезе черепно-мозговые травмы (56%), другие ранения (14,5%). Именно последствия черепно-мозговых травм стали причиной стойкой утраты трудоспособности у 34 человек из группы обследованных (из них 25 признаны инвалидами III группы и 9 — инвалидами II группы). Как показало клиническое исследование таких лиц, астеноневротические и вегетативно-дистонические проявления, доминирующие в структуре неврологических симптомов, имели в своей основе морфологический эквивалент: обнаруживались признаки рубцово-спаечного процесса, гипертензионно-гидроцефалического синдрома, атрофии коры головного мозга.

На фоне последствий черепно-мозговых травм у 12% служивших в Афганистане на протяжении жизни наблюдались эпилептики. Первые эпилептические пароксизмы носили, как правило, характер простых парциальных, бессудорожных

форм. Это были чаще всего абсансopodobные формы и так называемые изолированные ауры. В рамках последствий черепно-мозговых травм у ветеранов Афганистана наиболее часто встречались следующие синдромы [4, 8]: церебральные синдромы, проявления аффективно-волевой неустойчивости, психопатизация личности, дисгипнические проявления, депрессивные состояния, психоорганический синдром с его быстрым формированием и развитием, алкоголизм и политоксикомании.

Даже у лиц с лёгкой степенью травмы в остром периоде имелись нарушения функции черепно-мозговых нервов, координаторные, пирамидные расстройства, дисфункции вегетативной нервной системы.

Травмы периферической нервной системы были связаны, в первую очередь, с осколочными (16,3%) и пулевыми (2,7%) ранениями. В клинической картине последствий травм нервов преобладали выраженные трофические изменения тканей, нарушения чувствительности по типу выпадения, болезненность при пальпации по ходу нервного ствола.

На компьютерных томограммах, которые изучены у 81 больного (37%), чаще фиксировались посттравматические очаговые изменения лёгкой степени в виде небольших зон гомогенного понижения плотности, локализующихся в коре и подкорковом белом веществе, а также посттравматические диффузные изменения в виде умеренной атрофии коры, проявляющейся незначительным расширением желудочковой системы, расширением субарахноидальных щелей и борозд.

Преобладал нерегулярный тип ЭЭГ, расценивающийся как условно патологический, и десинхронный тип. При световом воздействии отмечалось либо отсутствие ориентировочной реакции (при отсутствии альфа-ритма), либо значительное её снижение (при частичной сохранности альфа-ритма).

При объективном обследовании в большинстве случаев выявлялась умеренно выраженная рассеянная неврологическая симптоматика в виде: глазодвигательных расстройств у 76,3% больных, нистагмических подёргиваний глазных яблок у 50,9%, оживления сухожильных рефлексов у 49%, гипорефлексии у 40,9%, лёгкой несистематизированной координационной атаксии у 41,8%, умеренных нарушений чувствительности полиневритического типа у 24,5%. Ощущение онемения, «ползания мурашек», похолодания кистей и стоп отмечали 62,7% пациентов.

Структура неврологических синдромов и особенности клинических проявлений декомпенсации последствий черепно-мозговых травм, таким образом, зависели, прежде всего, от характера и тяжести полученной травмы, сроков и качества оказания медицинской помощи в остром периоде, а в последующем – от уровня социально-трудовой адаптации. Уровень компенсации зависел от характера трудовой деятельности, сопутствующих интоксикаций, систематичности профилактического лечения. Посттравматическая энцефалопатия постепенно перерастала в дисциркуляторную, чаще атеросклеротическую [5, 9].

Ведущей патологией внутренних органов являются психосоматические по своей природе нарушения. На одном полюсе — соматическая патология, усиленная расстройствами сомато-психической сферы: приступы стенокардии, гипертонический криз, астматический статус, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др. На другом полюсе — психическая патология, редуцированная до соматических проявлений [6]. Центральное место занимают соматические и психические расстройства на уровне симптомов. Это пароксизмы кардиалгий, приступы диспноэ и другие.

Нами проанализированы данные о частоте встречаемости данной патологии у участников боевых действий. Даже в качестве основного диагноза при выписке из госпиталя у 100 обследованных (24%) психосоматическая патология была ведущей причиной стационарного лечения. Этот процент очень высок, если учесть молодой возраст обследованных. Как сопутствующие эти заболевания встретились у 48% больных.

Гипертоническая болезнь 1 и 2 стадий диагностирована у 15% пациентов в данной группе. Основными проявлениями были головные боли, несистематизированные головокружения, неприятные ощущения в области сердца. У 18% терапевтами выставлен диагноз нейроциркуляторной дистонии. Жалобы у пациентов аналогичные – повышение артериального давления (преимущественно диастолического) при волнении или после физической нагрузки. В обоих случаях выявлены признаки гипертрофии левого желудочка.

Клинические и электрокардиографические данные свидетельствовали о миокардиодистрофии у 32% обследованных. Из них у 12% имелись признаки синдрома слабости синусового узла, у 15% выявлены нарушения сердечного ритма, расстройства проводящей системы сердца (чаще различные виды блокад, экстрасистолии).

Характерна фоновая брадикардия с частотой сердечного ритма 55—60 ударов в минуту, что указывает на преобладание ваготонии. У 5% обследованных диагностирована ишемическая болезнь сердца, сопровождающаяся приступами стенокардии. Зафиксирован один случай острого инфаркта миокарда у больного в возрасте 35 лет.

Особенно распространены заболевания желудочно-кишечного тракта (43%). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была основным диагнозом у 20%; хронический гастрит — у 15%; хронический холецистит, панкреатит, дискинезии желчевыводящих путей — у 8%. Особенностью гастритов был установленный при фиброгастроскопии дуоденогастральный рефлюкс, то есть гастрит типа С, в возникновении которого ведущая роль принадлежит расстройству центральной вегетативной регуляции.

Заболевания бронхолегочной системы выявлены у 8% больных: у 5% – бронхиальная астма и у 3% – хронический бронхит с астмоидным компонентом.

Кожные заболевания, ведущая роль в развитии которых принадлежит психогенным факторам и иммунологической патологии, были диагностированы у 5% больных (нейродермит и псориаз).

Среди сопутствующих патологий чаще других встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (20%). Особое значение для ветеранов Афганистана имеет хронический гепатит, который сам может служить фактором, предрасполагающим к развитию вторичных невротических расстройств, чаще астенического круга. Перенесенный гепатит в анамнезе – у 61% обследованных. В качестве сопутствующей патологии выявлены хронические гастродуодениты (43,5%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (23,7%).

Синдром артериальной гипертензии встретился на фоне последствий черепно-мозговых травм, при заболеваниях почек, зависимостях.

У 67 больных (16%) наблюдались комбинации соматических заболеваний: миокардиодистрофии и хронического гастродуоденита; бронхиальной астмы и нейродермита и др. Необходимо отметить наличие различных видов патологии у одного и того же больного. Несомненная патогенетическая связь психосоматических заболеваний с перенесенными инфекциями, травмами, зависимостями.

Так, например, у пациента с последствиями черепно-мозговой травмы диагностирована психо-

патизация личности, язвенная болезнь желудка и миокардиодистрофия. На этот полипатологический комплекс с течением времени могут наслаиваться иные заболевания, приобретённые после демобилизации и как связанные, так и не связанные с предыдущими вариантами патологии.

На ЭЭГ в 43% случаев наблюдался дезорганизованный, десинхронизированный альфа-ритм в затылочных отведениях. У 52% обследованных преобладал бета-ритм средней частоты. Реактивность корковых систем на функциональные нагрузки (фото-, фоностимуляция, гипервентиляция) выражена достаточно хорошо, восстановление изменённых биопотенциалов в виде экзальтации или депрессии биоэлектрической активности происходило через 1–5 секунд. Проба с гипервентиляцией через 30–60 секунд вызывает легкую экзальтацию активности, которая восстанавливается в течение отрезка времени от нескольких секунд до полминуты.

При выполнении данной работы осуществлялось динамическое наблюдение за группой из 201 пациента. Это в первую очередь ветераны боевых действий на территории Афганистана, длительность наблюдения за которыми составила 7–10 лет.

ВЫВОДЫ

Полученные данные свидетельствуют о значительных изменениях в структуре заболеваний по нозологическим формам. Если в первые годы после возвращения из зоны боевых действий ведущая роль принадлежит расстройствам нервной системы и болезням органов пищеварения, то спустя 5–7 лет ведущей причиной стационарного лечения становятся заболевания органов кровообращения, в первую очередь гипертоническая болезнь.

Динамика изменений психосоматических нарушений подтверждает теоретическое представление об этапах и уровнях вовлечения в развитие патологического процесса регуляторно-компенсаторных механизмов организма как целостной системы. Пусковым механизмом является влияние стрессоров боевой обстановки, физиологическими коррелятами психосоматических расстройств становится повышение артериального давления, изменение секреторной и моторной активности желудочно-кишечного тракта, напряжение скелетной мускулатуры. Приведённые изменения в период адаптации закрепляются в виде стереотипных реакций. С течением времени адаптивные реакции становятся менее гибкими, сводятся к однотипности

проявлений. Продолжительная циркуляция замкнутого круга, дезадаптивной регуляции приводит к перестройке регуляторных механизмов. Это проявляется в преобладании вазоконстрикторных реакций [1, 11, 12].

Если говорить только о проявлениях посттравматического стрессового синдрома, то концептуально-модельный подход может базироваться на следующих основных положениях:

- 1) симптоматика ПТСР зависит от степени выраженности травматических событий независимо от рассматриваемой войны,
- 2) проявления ПТСР сглаживаются по мере старения ветеранов,
- 3) уровни симптомов во многом обусловлены социально-культурными условиями,
- 4) генез боевых ПТСР определяется сочетанием предвоенных факторов риска, травмами, связанными и не связанными с войной и периодом пребывания в боевой обстановке, приемом ветеранов по возвращении домой и послевоенными травмами [4].

В патологический процесс вовлекаются структуры лимбико-ретикулярного комплекса. Содержание нейрпатологических синдромов определяется патогенетической организацией их патологических систем. Психосоматические симптомы могут сохраняться после клинического исчезновения психоневротических проявлений.

Как следствие нарушения ведущих регуляторных функций появляются изменения иммунного гомеостаза, которые, с одной стороны, усугубляют сосудистые гемодинамические расстройства, а с другой — усиливают патологию внутренних органов и в сочетании со стойкими сдвигами в гормональном гомеостазе воздействуют на разнообразные рецептирующие структуры организма, способствующие образованию различных предпатологических и патологических состояний.

Основой патогенетической терапии, исходя из вышеизложенного, является ликвидация патологических систем, главным фактором которой служит дестабилизация [3] путём ослабления связей внутри системы, уменьшения числа её частей. Во всех случаях ликвидацию патологической системы осуществляют собственные саногенетические механизмы. Лечебные мероприятия должны быть направлены на укрепление этих саногенетических механизмов и развитие пластических процессов. Активация антисистем является важным терапевтическим и саногенетическим фактором.

Подавлять деятельность патологической системы или ограничить её действие могут не только антисистемы, но и обычные физиологические системы с созданием положительной доминан-

ты. Эта задача может быть решена в процессе психотерапии с созданием достаточно высокой мотивационной цели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ена А.Е., Маслюк В.В., Нерода В.И., Селина О.Г., Скалецкий Ю.Н. Психосоматические расстройства у участников боевых действий // Пробл. реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 60–65.
2. Зуйкова А.А. Пограничные психические, психосоматические нарушения, их психотерапевтическая коррекция у ветеранов локальных вооруженных конфликтов и членов их семей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1999.
3. Крыжановский Г.Н. Общая теория патофизиологических механизмов неврологических и психопатологических синдромов // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 11. – С. 4–12.
4. Мякотных В.С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. – Екатеринбург, 1994. – С. 121–150.
5. Мякотных В.С., Таланкина Н.З., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы // Журн. неврологии и психиатрии. – 2002. – № 4. – С. 61–65.
6. Тополянский В.Д., Стручковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – С. 384.
7. Цыган В.Н., Фесюн А.Д., Васильченко В.В. Адаптация при стрессе и ее значение в развитии посттравматического стресса // Пробл. реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 79–87.
8. Шанин В.Ю., Захаров В.И., Шанин Ю.Н. Клинико-патофизиологическая характеристика периода реабилитации боевых травм // Пробл. реабилитации. – 1999. – № 1. – С. 36–43.
9. Шогам И.И. Закрытые черепно-мозговые травмы и цереброваскулярная патология // Неврология и психиатрия. – 1990. – № 19. – С. 11–14.
10. Fullerton C.S. Posttraumatic stress disorder / C.S. Fullerton, R.J. Ursano. – N.Y., 1997. – P. 41–42.
11. Perconte S.T. Comparison of successful, unsuccessful and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder / S.T. Perconte, M.D. Gringer // J. Nerv. Ment. Dis. – 1991. – Vol. 11, № 3. – P. 225–251.

Поступила 20.05.2003 г.