

Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма

С.Г. Сукиасян

Армянский государственный педагогический университет имени Х. Абовяна, Ереван, Армения
Центр психосоциального регулирования, Ереван, Армения

РЕЗЮМЕ

Введение. Проблема психической травмы и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) является одной из актуальнейших проблем психиатрии. В статье представлены подходы к интерпретации данного понятия и к адекватной его диагностике.

Актуальность. До сих пор отсутствуют четкие теоретические концепции, определяющие подходы к изучению психофизиологических механизмов развития посттравматических расстройств, не решена проблема специфичности как механизмов, так и клинических симптомов ПТСР.

Цель работы – исследовать и выделить факторы, наиболее значимые в развитии клинических проявлений боевой травмы. Представлена рабочая гипотеза о клинической динамике и трансформации понятия ПТСР.

Материал и методы. Исследование основано на анализе ранее проведенных автором исследований по данной проблеме и на сопоставлении их результатов с данными 44-дневной войны в Арцахе. Все пациенты подвергались клинико-психопатологическому обследованию в сочетании с психологическими и психометрическими методами. Были использованы опросник SCL-90-R, Миссисиппский опросник для боевого ПТСР и личностный опросник Шмишека.

Результаты. Представлен алгоритм диагностики посттравматических расстройств, состоящий из четырех блоков. Рассмотрены основные характеристики и критерии психической травмы. Показаны особенности реагирования на травму и разнообразие клинических проявлений боевой травмы. Каждый третий комбатант проявлял симптомы ПТСР в первые дни посттравмы, у каждого четвертого были выявлены острые психотические, аффективные и другие расстройства.

Обсуждение и выводы. Критерий «необыденности» травмы теряет свою диагностическую значимость. Хронологические критерии определения острых и посттравматических расстройств далеки от клинической реальности. Границы между клиническими проявлениями посттравмы достаточно аморфны и во многом пересекаются. Это позволяет говорить о «перитравматических расстройствах», которые включают в себя все расстройства, возникающие после неординарной боевой психической травмы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: посттравматическое стрессовое расстройство, боевая травма, диагностический критерий, перитравматическое стрессовое расстройство

КОНТАКТ: Сукиасян Самвел Грантович, doc.sukiasyan@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9813-2471

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Сукиасян С.Г. Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма // Современная терапия психических расстройств. – 2022. – № 3. – С. 3–13. – DOI: 10.21265/PSYPH.2022.69.67.001

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Posttraumatic or Peritraumatic Disorders: A Diagnostic Dilemma

S.G. Sukiasyan

Armenian State Pedagogical University named after Kh. Abovyan, Yerevan, Armenia
Psychosocial recovery center, Yerevan, Armenia

SUMMARY

Introduction. The problem of mental trauma and post-traumatic disorders is one of the most urgent problems of psychiatry. The article presents approaches to the interpretation of this concept and to its adequate diagnosis.

Relevance. There are still no clear theoretical concepts defining approaches to the study of psycho-biological mechanisms of the development of post-traumatic disorders, the problem of specificity of both mechanisms and clinical symptoms of PTSD has not been solved.

The **aim** of the study was to investigate and identify the most significant factors in the development of clinical manifestations of combat trauma. A working hypothesis on the clinical dynamics and transformation of the concept of PTSD is presented.

Material and methods. The study is based on the analysis of our early studies on this issue and their comparison with the data of the 44-day war in Artsakh. All patients underwent clinical and psychopathological examination in combination with psychological and psychometric methods. The SCL-90-R questionnaire, the Mississippi Questionnaire for Combat PTSD and the Shmishek personality questionnaire were used.

Results. An algorithm for the diagnosis of post-traumatic disorders, consisting of four blocks, is presented. The main characteristics and criteria of mental trauma are considered. The features of the response to trauma and the variety of clinical manifestations of combat trauma are shown. Every third combatant showed symptoms of PTSD in the first days of post-trauma, every fourth revealed acute psychotic, affective and other disorders.

Discussion and conclusions. The criterion of «non-routine» injury loses its diagnostic significance. Chronological criteria for determining acute and post-traumatic disorders are far from clinical reality. The boundaries between the clinical manifestations of posttrauma are quite amorphous and overlap in many ways. This allows us to talk about «peritraumatic disorders», which includes all disorders that occur after an extraordinary combat mental trauma.

KEY WORDS: post-traumatic stress disorder, combat trauma, diagnostic criteria, peritraumatic stress disorder

CONTACT: Sukiasyan Samvel Grantovich, doc.sukiasyan@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9813-2471

CITATION: Sukiasyan S.G. Posttraumatic or Peritraumatic Disorders: A Diagnostic Dilemma // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders] – 2022. – No. 3. – Pp. 3–13 – DOI: 10.21265/PSYPH.2022.69.67.001 [in Russian]

CONFLICT OF INTEREST: author declare no conflict of interest.

Введение

Одной из актуальнейших проблем современной психиатрии является проблема психической травмы и посттравматических расстройств [1–6]. По поисковым словам «ПТСР», «посттравматическое стрессовое расстройство» на русском и английском языках в системе Google Scholar было обнаружено 986 710 источников (дата просмотра – 28.06.2022). И, несмотря на это, многие диагностические вопросы остаются спорными. В настоящей статье речь пойдет, прежде всего, об интерпретации боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и подходах к адекватной его диагностике. Сегодня в мире используются две классификации: МКБ-10, предложенная Всемирной Организацией Здравоохранения [7], и DSM-5 от Американской психиатрической ассоциации [8]. Обе организации предложили классификацию ПТСР, а также выделили три типа клинических форм. Однако они все же создали путаницу и в некоторых аспектах противоречат друг другу по клиническим критериям и хронологическим нормам.

Актуальность

Классификации определяют ПТСР как «психогенное заболевание, обусловленное воздействием исключительного, неординарного, чрезвычайного стресса, способного вызвать дистресс у любого человека» [7, 8]. Несмотря на то что эта диагностическая категория была выделена еще в 1980 г. в DSM-3 [9], а в DSM-5 были представлены современные представления об этой патологии, до сих пор отсутствуют четкие теоретические концепции, определяющие подходы к изучению психологических и биологических механизмов развития посттравматических расстройств. Подробно описаны лишь клинические проявления ПТСР, однако под вопросом остается специфичность механизмов и клинических симптомов.

Сам факт выделения ПТСР в отдельную диагностическую категорию вряд ли можно определить как значительный прогресс в теоретическом понимании последствий психической травмы. По существу, как отмечает Е.В. Снедков, критерии ПТСР идентичны сформулированным еще К. Ясперсом диагностическим критериям реактивных состояний. Разница в том, что акцентируется неординарный характер реактивного воздействия. Но известно, что реактивность является одним из важных компонентов механизмов психологической защиты и, следовательно, может иметь место при любых психических расстройствах. Поэтому представляется неадекватным определять нозологическую специфичность, в частности, ПТСР, на основе фактора реактивности.

Если 40–50 лет назад, когда эта диагностическая категория выделялась из ряда других, неординарный характер травмы имел вполне конкретный смысл, то в последующем и тем более в наше время «неординарность» травмы все более размывается. Причина такой динамики видится нам в нарастающей стрессонасыщенности современной жизни; стресс имеет место практически при любых психических расстрой-

ствах, играя защитную, триггерную, этиологическую, патокинетическую роль. Участвовавшие необыденные «социогенные» события, такие как террористические акты, боевые действия, войны, сопровождаются глубокими травматическими переживаниями, психическими травмами, обуславливают многофакторность и полиморфность посттравматических расстройств [2, 10]. Поэтому представляется не совсем обоснованным рассматривать психическую травму как нозологический фактор для развития ПТСР.

Этиология практически всех психических расстройств остается гипотетической еще со времен Э. Крепелина. А патогенез этих расстройств, по определению Е.В. Снедкова, – «процесс динамический, в котором причина и следствие могут меняться местами» [4]. Возможно, из-за этого и в DSM, и в МКБ ПТСР рассматривается не как нозология, а как синдром. С одной стороны, расширение понятия стресса и вызванных им расстройств привело к тому, что наряду с ПТСР и по аналогии с ними стали выделять социально-стрессовые расстройства, радиационные поражения, военные синдромы, имеющие много общего в психопатологических проявлениях, основанных на «необыденных переживаниях», что позволяло еще в первых работах, посвященных этой проблеме, говорить о «синдроме катастрофы» [11, 12], хотя психопатологические расстройства в экстремальных ситуациях имеют много общего с теми расстройствами, которые развиваются в неэкстремальных условиях. Несмотря на расширение этой группы расстройств, существуют работы, ставящие под сомнение правомерность выделения ПТСР как самостоятельной нозологической единицы [12–14]. С другой стороны, оказалось, что после психической травмы развиваются не только острые стрессовые расстройства и ПТСР, но и депрессивные, тревожные и другие расстройства.

Гипотеза

Исследования ПТСР в течение 30 лет позволяют нам выдвинуть рабочую гипотезу о клинической динамике и трансформации как самого понятия травмы, так и ее клинических проявлений: во-первых, ПТСР из социально-психологического феномена переросло в преимущественно клинический [15, 16]; во-вторых, боевая травма у бывших участников войны в определенных социально-политических и экономических условиях перерастает в моральную травму [17]; в-третьих, ПТСР всегда сочетается одновременно или последовательно с какой-либо соматической или психической патологией; чаще всего это органическое поражение мозга [18–20]; в-четвертых, травма не всегда приводит к формированию ПТСР (и/или острого стрессового расстройства (ОСР)) [21]. Предлагаемые в классификациях диагностические критерии адекватны для довольно ограниченного круга посттравматических расстройств, и диагностика других клинических проявлений постстресса требует других подходов и критериев.

Говоря о психической травме и ее последствиях, мы имеем в виду реакции, возникающие в результате события экстремального характера, выходящего

за пределы обычных человеческих переживаний, вызывающих сильный страх, ужас, ощущение беспомощности [22, 23]. Как стрессогенный феномен психическая травма характеризуется тремя основными признаками-критериями: она наступает внезапно и неожиданно, создает угрозу жизни и психофизической целостности организма и личности, находится вне пределов нормального обыденного жизненного опыта. Наш опыт исследования этой патологии позволяет добавить четвертый критерий, о чем будет сказано далее.

Цель исследований, посвященных изучению боевого стресса и его последствий и обобщенных в данной статье, – выделить и исследовать среди ряда клинических, психологических, биологических и социальных факторов те из них, которые играют ведущую роль в формировании и развитии клинических проявлений в структуре расстройств, возникающих после боевой травмы. Мы по возможности исходили из тех тенденций, которые разрабатываются в проекте RDoC (Research Domain Criteria) на основе новой психиатрической парадигмы [24, 25]. Целью проводимого нами исследования было изучение основных форм психопатологических расстройств, выявляемых у участников боевых действий, оценка степени выраженности этих расстройств и установление их диагностических рамок. Была поставлена задача исследовать возможные корреляции и взаимозависимости между тяжестью травмы, характером боевых действий и личностным и психопатологическим профилем комбатантов, изучить вопросы предикции ОСТ и ПТСР, выявить характер психопатологических нарушений, а также определить диагностические рамки известных обусловленных стрессом расстройств, описать характерные клинические симптомы, выявить наиболее существенные факторы, способствующие развитию психопатологической симптоматики, и тем самым определить понятие и границы ПТСР, его диагностические критерии. В данной статье мы представляем диагностический алгоритм.

ПТСР: болезнь, синдром или психологическая реакция

Простой ретроспективный взгляд на некоторые события XX в. объясняет появление широкого интереса к ПТСР со стороны специалистов психического здоровья: две мировые войны, атомная бомбардировка японских городов, десятки войн локального характера, массовые геноциды, террористические акты и другие катастрофические антропогенные бедствия. Из сферы деятельности интернистов во второй половине XIX в начале XX в. проблема перешла в поле интересов психологов, а далее – к психиатрам. В наше время проблема ПТСР стала междисциплинарной, выявившей такие аспекты травматического стресса и его последствий, как нейробиологические, нейромедиаторные, воспалительные, морфологические механизмы и нарушения мозговой и психической деятельности [26].

Прежде всего заметим, что ни одна классификация психических расстройств не отражает реальную

природу ПТСР. Обе классификации гипертрофируют роль психической травмы как этиологического фактора, фиксируя только клинические и хронологические критерии. Такой подход в отношении к боевой травме недостаточен. Боевая травма – это не просто стресс, даже не только неординарный стресс, как отмечается в классификациях. Это феномен более объемный, массивный, сложный. Это и психическая, и физическая, и социальная, и моральная травма. Это травма, поражающая все глубинные и поверхностные слои и фундамент личности индивида, его социально-психологическую и биологическую сущности. Боевая травма возникает в ходе боевых действий, но в неблагоприятных условиях продолжается в течение всей жизни экс-комбатанта. Более того, она оказывает деструктивное влияние на последующие поколения по механизмам как возможного генетического наследования приобретенных патологических изменений [27], так и социального наследования (с учетом особых проблемных взаимоотношений в их семьях) [28].

В аспекте боевой травмы в литературе обычно рассматриваются вьетнамская и афганская войны, война в «Заливе», иракская кампания «Буря в пустыне», война на Фолклендских островах [29–31]. Отмечается сходство между ними и менее масштабными, более локальными боевыми действиями. Во многих исследованиях подчеркивается роль интенсивности боевой травмы, что способствует развитию в последующем ПТСР [32]. Но проблема в том, что травма в той или иной степени выраженности может предшествовать и развитию других психических расстройств, таких как депрессивные, тревожные, диссоциативные, личностные, она может вызвать и когнитивные нарушения, патологию ощущений, соматические симптомы [33]. Все это ставит под сомнение ведущую роль психической травмы как основного фактора развития ОСТ и ПТСР.

Материал и методы

Настоящее исследование опирается на многолетний опыт автора по исследованию посттравматических расстройств у пострадавших от Спитакского землетрясения в 1989 г., жертв социально-политического и экономического кризиса в Армении в 90-е годы прошлого века, затем – участников первой карабахской войны, которая дала нам богатый опыт в области изучения ПТСР [34], наконец, – на исследование постстрессовых расстройств, выявленных у участников 44-дневной войны в Арцахе. Должен заметить, что в 1990-е мы имели дело исключительно с ПТСР, а не с острыми стрессовыми реакциями, потому что в те годы пострадавшие военнослужащие переживали свои травмы и страдания в лучшем случае в полевых госпиталях, в худшем – на поле боя. И только спустя месяцы и годы у них появилась возможность обратиться за медицинской врачебной помощью.

Сегодня картина иная. Раненые и пострадавшие оказывались в госпиталях буквально через несколько часов. Под нашим наблюдением за время войны и до конца 2020 г. оказалось 104 комбатанта.

Исследованная группа с точки зрения воинской обязанности состояла из военнослужащих срочной службы, офицеров, контрактников, добровольцев и мобилизованных лиц. Каждый из них подвергался боевой психической травме (лица с выраженными физическими травмами направлялись в соответствующие медицинские учреждения). Все пациенты прошли клиничко-психопатологическое, психологическое и психометрическое обследование. Были использованы опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, Миссисипский опросник для боевого ПТСР и личностный опросник Шмишека. В обязательном порядке проводились стандартные инструментальные и лабораторные исследования. Было обследовано 104 участника войны в Арцахе в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст которых составлял $29,98 \pm 8,17$ лет. Подавляющее большинство пациентов имели среднее (47,1 %) и высшее (45,2 %) образование. Большинство из них были женаты (54,8 %). По типу воинской обязанности они были представлены следующим образом: офицеры (31,7 %), солдаты срочной службы (20,2 %), контрактники (10,6 %), мобилизованные (21,2 %) и добровольцы (16,3 %). Все пациенты поступали на стационарное лечение по направлению медицинских структур министерства обороны. Обследование, лечение и выписка их осуществлялись добровольно и на основе их информированного согласия.

Для понимания сути ПТСР и выработки подходов к адекватной диагностике всю совокупность данных рассматривали в виде диагностического алгоритма, состоящего из четырех блоков: 1) оценка психопатологического состояния и стрессогенных последствий; 2) оценка личностных особенностей и их роли в развитии психопатологии посттравмы; 3) оценка наиболее существенных параметров – факторов риска и предикторов; 4) оценка боевой ситуации. Близкий подход был апробирован нами ранее и показал свою продуктивность [35].

Психопатологические состояния и стрессогенные последствия

Как свидетельствует наш опыт, основанный на двух карабахских войнах, у участников боевых действий выявляются не только «обусловленные стрессом расстройства» (F43), но и другие психические расстройства. В ходе боевых действий у травмированных комбатантов наблюдались острые транзиторные психотические расстройства, которые интерпретировались как психогенные, поскольку во многом соответствуют критериям психогенных реактивных расстройств и ставят даже проблему дифференциации их с расстройствами деструктивно-аутистического или аффективного спектров [36–38]. У 77 комбатантов (74 %) – участников второй карабахской войны, согласно критериям МКБ-10, были выявлены обусловленные стрессом расстройства, а у 27 (26 %) – различные «нестрессовые» расстройства, среди которых и острые психотические (F22, F23), и депрессивные эпизоды (F32), и психические расстройства вследствие повреждения или дисфунк-

ции головного мозга (F06) в форме аффективных, тревожных и диссоциативных расстройств, и расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07), а также тревожно-фобические (F40) и тревожные расстройства (F41) [21]. То есть примерно у каждого 4-го комбатанта была реакция на травматическое воздействие, а не ОСР. Следовательно, психическую реакцию на чрезвычайный стресс нельзя рассматривать как специфическую реакцию. Это **первая особенность реагирования на травму**.

Далеко не всегда боевой стресс вызывает «классические» ОСР. Миссисипский опросник боевого ПТСР выявил у 39 комбатантов (37,5 %) ПТСР уже спустя 1–2 недели после травмы. Здесь проявляется **вторая особенность реагирования на травму** – на стадии ОСР (по критериям МКБ, и DSM) появляются клинические признаки ПТСР, которые должны проявиться не менее чем через 6 месяцев по МКБ-10 или через 1 месяц по DSM-5.

В литературе по ПТСР также приводятся подтверждения того, что боевая травма может вызвать как развитие постстрессовых расстройств, так и неспецифические реакции «посттравматического» типа на экстремальный стресс [39]. Так, A.Y. Shalev с соавторами [40] подчеркивают, что любая травма может осложниться как депрессией, так и ПТСР. R. Mayou с соавторами [41] описывают психологические последствия психической травмы в виде заторможенности, гипервозбудимости, острого страха, болевых ощущений, очевидной непропорциональной инвалидности, тревожных расстройств, необъяснимых соматических симптомов, депрессий, семейных проблем, посттравматических симптомов, симптомов избегания и фобических расстройств. В этом ряду Ford J.D. [42] выделяет неуточненные расстройства экстремального стресса (Disorders of extreme stress not otherwise specified – DESNOS) наряду с ПТСР. Развитие DESNOS связывается автором с такими факторами, как травмы раннего детства и участие в деструктивных действиях в зоне военных операций, подчеркивается значение экстремального уровня переживаний травмы, характерологических дисфункций.

В наших ранних исследованиях было показано, что у участников боевых действий наблюдаются значительные отклонения в различных сферах психической деятельности. Это агрессивность, возбудимость, подавленность, ранимость, тревожность, которые под влиянием различных факторов проявляли тенденцию к прогрессированию [35]. Психопатологический профиль расстройств у комбатантов отличался выраженной вариабельностью и нестабильностью, которые описываются как: а) психологически понятные реакции, б) психовегетативные нарушения с выраженным эмоциональным компонентом, в) состояния эмоционального шока, спутанности, диссоциативных расстройств с вариабельными клиническими симптомами: навязчивые воспоминания, избегающее поведение [43], дистанцирование от людей [44], притупленность эмоций [45, 46], интенсивные психовегетативные проявления [46], вспыльчивость и агрессивность, повышенная

чувствительность и ранимость, нарушения сна, ночные кошмары, перцептивные ощущения (запахи дыма, пороха, крови, пота, горючих материалов) [46], дефицит концентрации внимания [47], снижение рабочей памяти и внимания [48, 49], симптом «укороченного будущего» [50].

Третья особенность реагирования на травму заключается в том, что симптомы острого расстройства наблюдались на 4, 5, 10-е и более сутки патологического состояния, тогда как они должны были наблюдаться в течение 48–72 часов после травмы. Это также подтверждает точку зрения, что боевая травма выступает не как специфический причинный фактор, а как стимулирующий или катализирующий фактор. Постстрессовые реакции на боевую травму в отмеченных хронологических рамках проявлялись описанными нами в более ранних исследованиях разными типами и уровнями невротических, аффективных, диссоциативных, личностных и других расстройств [20, 32, 35, 51–53].

В контексте принципов, заложенных в основу современных классификаций, ПТСР представляет собой всего лишь синдром – типовое неспецифическое патологическое состояние, которое может встречаться в структуре разных психических расстройств. Выделяется довольно строгий круг симптомов, относимых именно к собственно ПТСР, на основе которых даже создана методика исследования данного контингента пострадавших – шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinician Administered PTSD Scale – CAPS), разработанная в 1990 г. Национальным центром ПТСР США (National Center for PTSD, Boston, USA) [54]. Но клиническая практика свидетельствует об ином течении и развитии расстройств, обусловленных неординарным стрессом.

Оценка личностных особенностей и их роли в развитии психопатологии посттравмы

В плане диагностики ПТСР следует исходить из того, что клиническая картина ПТСР определяется совокупным взаимодействием факторов, обуславливающих уязвимость комбатантов. Среди них такие, как общее состояние здоровья, возраст, преморбидная отягощенность, социально-экономический статус, профиль симптомов, длительность переживания травмы и степень травматизации, употребление психоактивных средств [4]. Имеют значение социально-психологические факторы, в первую очередь личностный, роль которого в диагностике ПТСР отмечают и другие исследователи [55]. Проведенное нами исследование показало статистически значимую обусловленность посттравматических проявлений личностными особенностями комбатантов. Подавляющее большинство комбатантов (66,3 %) обнаруживало экзальтированные черты характера как в чистом, так и в сочетанном вариантах. Экзальтированные лица отличаются высокой пластичностью, интенсивностью и изменчивостью эмоциональных реакций. Они довольно полярны в своих проявлениях, легко переходят из одной крайности в другую,

от состояния восторга к состоянию печали, бурно реагируют на любые события. Их эмоции сопровождаются выраженными соматовегетативными реакциями (дрожь, холодный пот, тахикардия, удушье). Экзальтированные лица больше альтруисты, чем эгоисты; они склонны к сопереживанию и состраданию. В стрессогенной ситуации они проявляют такие дезадаптивные реакции, как зависимость от настроения, недостаточный самоконтроль в виде раздражительности, вспыльчивости, нетерпеливости, тревогу и панику, избегание трудностей, склонность к самообвинению, эгоизм. Они избегают людных мест, даже встречи с родными, чему способствуют, с одной стороны, депрессивное настроение и навязчивые феномены, с другой – личностные predispositions, такие как чувство собственной неадекватности и неполноценности, дискомфорт в межличностном общении, негативные ожидания во взаимоотношениях с другими людьми; непрерывные, непреодолимые и чуждые Я мысли, импульсы и действия.

Формы поведения определяются соотношением базисных черт личности «поиск нового – избегание опасности» по С.Р. Cloninger [56–58]. Физиологическим эквивалентом категорий «поиск» и «избегание» служит биоэнергетическая составляющая человека – агрессия и агрессивность [35]. На высокую отрицательную эмоциональность в сочетании с низкой позитивной эмоциональностью указывает M.W. Miller [59]. Эти особенности предрасполагают травмированного комбатанта к «интернализующей форме посттравматической реакции, характеризующейся выраженным социальным избеганием, тревогой и депрессией» [59]. Y. Xip с соавторами связывали с различными аспектами реакций на стресс такие личностные черты, как нейротизм, экстраверсию и открытость [60]. Личностный фактор как предиктор сам преобразуется под влиянием психической травмы, видоизменяя существующие взаимоотношения «человек – среда», и приводит к развитию ПТСР [4]. В более чем половине случаев (55,4 %) развитие ПТСР обусловлено доминирующим психологическим профилем личности (по симптоматическому опроснику SCL-90-R), шкалами «депрессия», «навязчивость» и «враждебность», т. е. наличием подавленного настроения, навязчивых феноменов и агрессивными тенденциями у пациентов [21].

Наиболее существенные параметры – факторы риска и предикторы

Источником психических расстройств являются не сама боевая травма и травматическая ситуация, а тот негативный смысл, который вкладывает комбатант в это событие. Подтверждением этого служат статистически значимые различия в степени выраженности ПТСР в зависимости от возраста военнослужащих, их семейного статуса, в целом жизненного опыта комбатанта. Травма есть утрата жизненно важных смыслов [61], это негативные смысловые переживания, негативные смыслообразования и смыслопорождения [62]. Смыслы, в свою

очередь, формируются в реальных условиях жизни под влиянием различных социально-психологических факторов, позволяющих воспринять, понять, оценить, действовать в соответствии со своими морально-нравственными нормами, личностными паттернами, жизненным опытом. Психологическим аспектам психотравмы, в частности жизненным событиям, включая отношение личности к угрожающей ситуации с учетом моральных ценностей, религиозного и идеологического мировоззрения, придается ведущее значение. Травма затрагивает не только глубинные эмоциональные слои психики, но и онтогенетически более поздние и ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций, о чем свидетельствуют нарастание личностной тревожности и конфликтности, нарушение адекватности самооценки, снижение устойчивости к внешним воздействиям. Катамнестические наблюдения за экс-комбатантами, пережившими травматический стресс, выявляют выраженные признаки социальной дезадаптации, личностного кризиса и психопатологических расстройств в виде тревожности, раздражительности, эмоциональной отчужденности, ангедонии, навязчивых переживаний, бессонницы, кошмарных сновидений, импульсивности, враждебности, соматизированных нарушений [63, 64].

Насколько бы спорными не представлялись вопросы дифференциации и верификации тех или иных факторов риска ПТСР, все же большинство авторов говорит о конкретных факторах, условиях и событиях, которые представляются как необходимые и достаточные для развития этих расстройств. В литературе перечисляются факторы-предикторы клинического [65, 66], динамического [67], личностного [45], внеличностного характера [67–69]. В качестве факторов-предикторов выделяют травму и ее интенсивность, остроту и тяжесть симптоматики, психическое расстройство в анамнезе, семье, раннюю травматизацию, негативный воспитательный опыт, низкий уровень образования, а также женский пол, генетические и нейроэндокринные факторы, нейротизм, избегающее поведение, степень подготовленности к неожиданным событиям и реакции на них, наличие социальной поддержки [22]. Предрасполагающим фактором может стать физиологическое состояние в момент получения травмы, особенно соматическое истощение на фоне нарушения стереотипа сна и приема пищи [70, 63]. Сама боевая травма, по существу, является «сенситизирующим психику воинов» фактором, «приобретенным предрасположением». Об этом говорили еще в первой половине прошлого века [71–73].

Все перечисленные факторы были оценены психологическими тестами после травматического события, но их значимость окажется выше, если они будут оценены до переживания травмы [46, 74, 75]. При тестировании лиц до воздействия травмы была получена иная картина. Исследования, проведенные на пожарниках, но не при боевом ПТСР, выявили определенные индивидуальные различия в реактивности на стрессоры, трудности в обучении, склонность к катастрофическому мышлению. В травмирующей

ситуации у этих людей выявляются худшие результаты [76]. Отмеченные факторы-предикторы, прямо пропорционально связанные с вероятностью формирования ПТСР [77], мы рассматриваем как факторы личностной уязвимости.

Боевая травма, бесспорно, является самым необходимым условием для возникновения и развития ПТСР. Но спорной остается проблема специфичности самой травмы. Неоднозначные временные рамки («ограничительный критерий длительности») для ОСТ по двум классификациям – 48 часов по критериям МКБ-10 для проявления клинических симптомов [7] и 72 часа согласно критериям DSM-5 [8] – действуют только у 10 % пострадавших. Для ПТСР – шесть месяцев по МКБ-10 и один по DSM-5. А симптомы ПТСР у многих пострадавших могут проявляться уже в первые дни после травмы, а не во временных рамках, определенных классификациями. Мы предполагаем, что боевая травма действует не как специфический этиологический, а как провоцирующий или катализирующий фактор, способствующий проявлению разнообразных форм посттравматического реагирования, формирование которых зависит от многих внешних и внутренних факторов. Чем тяжелее боевая травма и чем выше уровень острого стресса, тем больше риск возникновения последующих проблем со здоровьем [78]. Чем тяжелее катастрофические оценки последствий травмы в начальный период после травматического воздействия, тем выше возможность развития ПТСР [79]. Гипертрофированные и негативные оценки травматического события, тяжесть симптомов и выраженные убеждения о возможной будущей болезни увеличивают вероятность развития ПТСР [80]. Более быстрому и раннему появлению симптомов ПТСР способствует сочетание боевой травмы с черепно-мозговой травмой, баротравмой в зоне боевых действий. Об этом говорят и другие авторы [81, 82].

Нами было показано, что предикативное значение для раннего развития ПТСР имеют некоторые симптомы – головокружения, головная боль, плач, симптомы «батальные голоса» и «батальные сцены», а также симптомокомплексы, близкие по сути и содержанию симптому: конфликтность и агрессивность, угрюмость и подавленное настроение, расстройства сна и кошмарные сновидения, шум в ушах, головные боли и снижение слуха [21]. Статистически значимыми оказались связи между последними симптомами – шум в ушах, головные боли и снижение слуха. Эта совокупность симптомов обуславливает 11,2 % случаев возникновения дисперсии ПТСР и определяется в 66,3 % случаев. Ее можно рассматривать как основу церебралитического синдрома – предиктора последующего боевого ПТСР.

Оценка боевой ситуации

Клиническим проявлениям ПТСР посвящено большое количество статей на материалах различных больших и малых войн, локальных боевых действий, вооруженных конфликтов. Однако нам не встречалось работ, исследующих клинику травматических расстройств в связи со спецификой боевых событий.

Авторы в основном подчеркивают связь между травматическим опытом и тяжестью или разнообразием многих клинических симптомов. Наиболее значительные исследования в этом отношении связаны с двумя известными войнами – корейской и вьетнамской. Клиническая картина острых и отдаленных травматических расстройств достаточно вариабельна в зависимости от вида травмы, степени тяжести и индивидуальных особенностей человека [83]. Но все формы расстройств и реакций имеют один общий корень – боевую психическую травму. Психическая травма как стрессогенный феномен характеризуется тремя основными признаками-критериями: 1) она наступает внезапно и неожиданно, 2) создает угрозу жизни и психофизической целостности организма и личности, 3) травма находится вне пределов нормального обыденного жизненного опыта. В качестве четвертого критерия, исходя из особенностей арцахской войны, мы рассматриваем *невидимость и недосыгаемость источника травмы, но ее реальность в ощущениях для комбатантов*.

Травма, пережитая нашими пациентами в условиях 44-дневной войны в Арцахе, имела особенности, которые заключались в некоторых характеристиках войны.

Во-первых, это была, как определяют специалисты, война пятого поколения, которая опиралась не на военную мощь, не на боевой потенциал государства в достижении стратегических целей, а на информационно-психологическое давление на население страны, ее государственный аппарат и на высокие наукоемкие технологии. В этой войне противник применял такие виды оружия, которые полностью изменили характер войны в целом. Практически весь процесс вооруженной борьбы протекал в виде нанесения дальних массированных ударов высокоточным наземным и воздушным оружием по военно-экономическим и социальным объектам, по живой силе, с широким применением средств радиоэлектронной борьбы.

Во-вторых, большинство военнослужащих, особенно в первые 1–2 недели войны, отмечали, что не было прямых контактов с живой силой противника, вместо этого они находились под прямым огнем беспилотных летающих аппаратов, артобстрелов и ракетных ударов. В этих условиях источник угрозы вызывал у военнослужащих чувство неопределенности ввиду неконгруэнтности ситуации, т. е. абсолютной новизны опыта переживаний от ударов и принципиального разногласия с внутренней картиной «войны», с тем, во что они верили, переживали и чего они ожидали до прибытия в зону боевых действий. В частности, у них не было возможности защитить себя (пойти в атаку, отступить под огнем, уйти в укрытия), нанести ответный удар, прийти на помощь раненым товарищам. В этом нам представляется совершенно новый и особый характер последней войны, который обусловил ряд клинических и хронологических особенностей у ее участников.

В-третьих, травма была, безусловно, экстраординарной. Но в условиях любой травмы у личности имеются возможности реагировать на нее в пределах возможностей защитных механизмов – инстинктив-

ных, психологических, поведенческих. Травмированная личность стремится защитить и обезопасить себя как адаптивными, так и дезадаптивными способами. Практически все наши пациенты подчеркивали один существенный факт – «огонь лился на них сверху, и не было никакой возможности ответить на них контрударом, не было возможности защитить себя и прийти на помощь раненым товарищам». Все это приводило в итоге к таким расстройствам, которые не укладываются в рамки «острых реакций на стресс» (по МКБ-10) или «острых стрессовых расстройств» (по DSM-5). Симптомы же ПТСР, которые, согласно двум классификациям, должны развиваться спустя месяцы, отмечались буквально с первых моментов травмы.

Такой характер травмы привел к развитию расстройств, которые не вписываются в границы диагностических категорий, имеющих в МКБ-10 и в DSM-5. Симптомы ПТСР, для развития которых требуются недели или месяцы, проявлялись буквально в течение нескольких часов после травмы. Это **четвертая особенность боевой травмы и ее последствий**.

Заключение

Таким образом, ПТСР у ветеранов боевых действий, безусловно, является клинической реальностью. Однако проведенное нами исследование показало, что не всегда боевой стресс вызывает ОСТР, а симптомы ПТСР выявляются уже спустя 1–2 недели после травмы, что противоречит общепринятым подходам, заложенным в МКБ-10 и DSM-5. То есть симптомы острого травматического стресса не позволяют адекватно идентифицировать психопатологические нарушения, которые в конечном счете трансформируются в ПТСР. Вопреки хронологическим критериям и рамкам DSM-5 и МКБ-10, исследование выявило ПТСР у более чем трети обследованных комбатантов уже в первые дни после травмы. Почти у каждого четвертого комбатанта выявлялись острые психотические и аффективные (депрессивные), тревожные, диссоциативные и другие расстройства вследствие дисфункции головного мозга.

Боевая психическая травма действует как провоцирующий или катализирующий фактор. Появление симптомов ПТСР на ранних этапах травмы, возможно, объясняется сочетанием психической травмы с тяжелой баротравмой в зоне боевых действий, а также психологическим и технологическим воздействием противника. В их формировании имеет значение и личностный фактор. Подавляющее большинство комбатантов проявляло экзальтированные черты характера. Наиболее тяжелые проявления ПТСР отмечались у военнослужащих срочной службы как наиболее молодых, не обремененных семейными проблемами и не умудренных жизненным опытом.

Симптомы ПТСР выявили сильные корреляционные положительные связи с показателями шкалы SCL-90-R: «соматизация», «навязчивость», «межличностная сензитивность», «депрессия» и «враждебность». При этом кроме выраженной корреляции между выше отмеченными параметрами выраженность показателей «депрессия», «навязчивость» и «враждебность»

имела обуславливающее значение для ПТСР, т. е. развитие ПТСР в 55,4 % случаев было обусловлено наличием подавленного настроения, навязчивых феноменов в психопатологии развивающегося расстройства и агрессивными тенденциями у пациентов. Чем тяжелее клиническая картина ПТСР, тем менее были выражены тревожно-фобические симптомы, такие как нервозность, напряженность и дрожь, состояния паники, чувство опасности, опасения и страхи, иррациональные реакции.

С признанием факта клинической реальности боевого ПТСР возникает масса вопросов, связанных с нозологическими и онтологическими аспектами этой проблемы. Во-первых, выраженная экстраординарная боевая травма, которой подверглись все наши пациенты, вызвала у них различные формы патологии – от острых стрессовых реакций до острых транзиторных психотических расстройств. То есть критерий «необыденности» травматических переживаний теряет свою диагностическую значимость. Иными словами, «неординарная травма» как ведущий диагностический критерий ПТСР обесценивается, поскольку она также способствует возникновению ряда других психических расстройств. Во-вторых, требуют уточнения хронологические критерии ПТСР, которые в существующих рамках создают больше проблем, чем позволяют их разрешать. В-третьих, возникает проблема разграничения не только ОСР и ПТСР, но и проблема разграничения нормальных реакций на травму, разнообразные, личностно обусловленные формы которых представляются психологически понятными и адекватными. Возникает необходимость различать симптомы как проявления болезни и как реактивные формы поведения. Первичные реакции на травматические события возникают как адаптивные, направленные на преодоление ситуации и на выживание. И в этот процесс вовлекаются все фи-

зиологические и психологические ресурсы организма и механизмы совладения. И в случаях, где они оказываются недостаточными, процесс адаптации трансформируется в дезадаптивный и развиваются патологические формы противостояния травме – острые стрессовые расстройства, тревожные, депрессивные и другие расстройства.

Все вышеотмеченное позволяет говорить о «перитравматических расстройствах», а не о трех известных посттравматических клинических формах, границы которых являются нечеткими, а критерии – достаточно спорными. Когда мы говорим о «перитравматических расстройствах», мы имеем в виду реакции и состояния, возникающие в ответ на экстремальное событие, – событие, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, вызывающее чувство ужаса, беспомощности, незащитности и безысходности. Такой подход обусловлен тем, что границы между клиническими проявлениями посттравмы достаточно аморфны и во многом пересекаются, хронологические критерии определения острых и посттравматических расстройств как в МКБ-10, так и в DSM-5 далеки от клинической реальности. Более того, обе классификации предлагают разные хронологические рамки. Категория «перитравматических расстройств» заменяет диагнозы «острый стресс» и «посттравматический стресс», она включает в себя все расстройства, возникающие после неординарной боевой психической травмы, и без нее они не могли появиться. Развитие различных клинических проявлений имеет один корень – экстраординарную травму. Эти расстройства не существовали бы, если бы не такая травма. Исходя из отмеченных особенностей травмы и клинического разнообразия психопатологических феноменов после травмы, мы предпочитаем говорить о перитравматических расстройствах.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
2. Посттравматическое стрессовое расстройство // ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России; под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
3. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 50 с.
4. Снедков Е.В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009. – № 109 (12). – С. 8–11.
5. Ford J.D., Courtois C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. – 2021. – Vol. 8 (1). – P. 16. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
6. Schnurr P.P. PTSD: 30 Years on // Journal of Traumatic Stress. – 2010. – Vol. 23 (1). – Pp. 1–2. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
7. МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition). – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
10. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys // European Journal of Psychotraumatology. – 2017. – Suppl. 5. – DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
1. Litvinsev S.V., Snedkov E.V., Reznik A.M. Boevaya psikhicheskaya travma: rukovodstvo dlya vrachei. – M.: Meditsina, 2005. – 432 s.
2. Posttraumatic stress disorder // GBOU VPO RostGMU Minzdrava Rossii; pod red. V.A. Soldatkin. – Rostov n/D: Izd-vo RostGMU, 2015. – 624 s.
3. Snedkov E.V. Boevaya psikhicheskaya travma (kliniko-patogeneticheskaya dinamika, diagnostika, lechebno-reabilitatsionnye printsipy): avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – SPb., 1997. – 50 s.
4. Snedkov E.V. Problema nozologicheskoi samostoyatel'nosti posttraumaticheskogo stressovogo rasstroistva // Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2009. – № 109 (12). – S. 8–11.
5. Ford J.D., Courtois C.A. Complex PTSD and borderline personality disorder // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. – 2021. – Vol. 8 (1). – P. 16. – DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
6. Schnurr P.P. PTSD: 30 Years on // Journal of Traumatic Stress. – 2010. – Vol. 23 (1). – Pp. 1–2. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
7. MKB-10: klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Klinicheskie opisan- iya i ukazaniya po diagnostike / per. pod red. Yu.L. Nullera, S.Yu. Tsirkina. – SPb.: Adis, 1994. – 304 s.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Edition). – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
10. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys // European Journal of Psychotraumatology. – 2017. – Suppl. 5. – DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>

11. Wallace A.F.C. Tornado in Worcester: An exploratory study of individual and community behavior in an extreme situation // National Academy of Sciences-National Research Council Publication. – 1956. – No. 392 [Disaster Study No. 3].
12. Hyams K.C., Wignall F.S., Roswell R. War Syndromes and Their Evaluation: From the U.S. Civil War to the Persian Gulf War // Ann Intern Med. – 1996. – Vol. 125. – Pp. 398–405.
13. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 1992. – № 2. – С. 5–10.
14. Yehuda R., McFarlane A.C. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis // Am J Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – Pp. 1705–1713.
15. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Об этиопатогенетических соотношениях при боевом ПТСР: состояние проблемы // Психология и психотехника. – 2010. – № 7. – С. 86–95.
16. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматические стрессовые расстройства: медицинская и социально-психологическая проблема в Армении // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 5. – С. 59–69.
17. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Боевой травматический стресс: психическая или моральная травма? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 4–7.
18. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль черепно-мозговой травмы в динамике боевого посттравматического стрессового расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 4. – С. 16–24.
19. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматическое стрессовое расстройство: из функционального в органическое // Психиатрия. – 2011. – № 1. – С. 59–69.
20. Сукиасян С.Г. О некоторых аспектах динамики посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, вып. 1. – С. 12–18.
21. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya., Babakhanyan A.A., Grigoryan A.K. Acute stress reactions and disorders in participants of the war in Artsakh // EC Psychology and Psychiatry. – 2022. – Vol. 11 (5). – Pp. 25–43.
22. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis // Psychological Bulletin. – 2003. – Vol. 129 (1). – Pp. 52–73. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
23. Tortella-Feliu M., Fullana M.A., Pérez-Vigil A., Torres X., Chamorro J., Littarelli S.A., Solanes A., Ramella-Cravaro V., Vilar A., González-Parra J.A., Andero R. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2019. – Vol. 107. – Pp. 154–165. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
24. Insel T., Cuthbert B., Garvey M. et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders // Am J Psychiatry. – 2010. – Vol. 167 (7). – Pp. 748–751. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
25. Sanislow C.A. Updating the research domain criteria // World Psychiatry. – 2016. – Vol. 15 (3). – P. 222.
26. Wilson J.P. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria // Everly G.S., Lating J.M. (eds). Psychotraumatology. – The Springer Series on Stress and Coping. Springer, Boston, MA., 1995. – Pp. 9–26. – DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9_2
27. Van der Hart O., Brown P. Concept of psychological trauma // Am J Psychiatry. – 1947. – Vol. 12. – Art. no. 1691. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1691>
28. Katrinli S., Stevens J., Wani A.H. et al. Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity // Neuropsychopharmacol. – 2020. – Vol. 45. – Pp. 1609–1616. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5>
29. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. – 1997. – Т. 2. – С. 34–49.
30. Morgan III C.A., Grillon C., Southwick S.M. et al. Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder // Am J Psychiatry. – 1996. – Vol. 153 (1). – Pp. 64–68. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.1.64>
31. O'Brien L.S., Hughes S.J. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict // British J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 159. – Pp. 135–141. – DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.135>
32. Тадевосян М.Я., Сукиасян С.Г. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 11. – С. 95–100.
33. Guina J., Baker M., Stinson K. et al. Should posttraumatic stress be a disorder or a specifier? Towards improved nosology within the DSM categorical classification system // Current psychiatry reports. – 2017. – Vol. 19 (10). – Pp. 1–11. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0821-7>
34. Сукиасян С.Г., Тадевосян А.С., Чшмаритян С.С., Манасян Н.Г. Стресс и постстрессовые расстройства: личность и общество. – Ереван: Асогик, 2003. – 343 с.
35. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. и др. Соматоформная динамика посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 78–85.
36. Резник А.М., Сюняков Т.С., Щербakov Д.В., Мартынюк Ю.Л. Психотические расстройства у ветеранов локальных войн // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120, № 6–2. – С. 31–36. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>
11. Wallace A.F.C. Tornado in Worcester: An exploratory study of individual and community behavior in an extreme situation // National Academy of Sciences-National Research Council Publication. – 1956. – No. 392 [Disaster Study No. 3].
12. Hyams K.C., Wignall F.S., Roswell R. War Syndromes and Their Evaluation: From the U.S. Civil War to the Persian Gulf War // Ann Intern Med. – 1996. – Vol. 125. – Pp. 398–405.
13. Aleksandrovskii Yu.A. Sotsial'no-stressovye rasstroistva // Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. – 1992. – № 2. – С. 5–10.
14. Yehuda R., McFarlane A.C. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis // Am J Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – Pp. 1705–1713.
15. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. Ob etiopatogeneticheskikh sootnosheniyakh pri boevom PTSR: sostoyanie problemy // Psikhologiya i psikhotekhnika. – 2010. – № 7. – С. 86–95.
16. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. Posttravmaticheskie stressovye rasstroistva: meditsinskaya i sotsial'no-psikhologicheskaya problema v Armenii // Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal. – 2010. – № 5. – С. 59–69.
17. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. Boevoi travmaticheskii stress: psikhicheskaya ili moral'naya travma? // Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva. – 2010. – № 3. – С. 4–7.
18. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. Rol' cherepno-mozgovoi travmy v dinamike boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva // Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2014. – Т. 114, № 4. – С. 16–24.
19. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: iz funktsional'nogo v organicheskoe // Psikiatriya. – 2011. – № 1. – С. 59–69.
20. Sukiasyan S.G. O nekotorykh aspektakh dinamiki posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv u uchastnikov boevykh deistvii // Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya. – 2009. – Т. 19, вып. 1. – С. 12–18.
21. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya., Babakhanyan A.A., Grigoryan A.K. Acute stress reactions and disorders in participants of the war in Artsakh // EC Psychology and Psychiatry. – 2022. – Vol. 11 (5). – Pp. 25–43.
22. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis // Psychological Bulletin. – 2003. – Vol. 129 (1). – Pp. 52–73. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
23. Tortella-Feliu M., Fullana M.A., Pérez-Vigil A., Torres X., Chamorro J., Littarelli S.A., Solanes A., Ramella-Cravaro V., Vilar A., González-Parra J.A., Andero R. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. – 2019. – Vol. 107. – Pp. 154–165. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.013>
24. Insel T., Cuthbert B., Garvey M. et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders // Am J Psychiatry. – 2010. – Vol. 167 (7). – Pp. 748–751. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
25. Sanislow C.A. Updating the research domain criteria // World Psychiatry. – 2016. – Vol. 15 (3). – P. 222.
26. Wilson J.P. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria // Everly G.S., Lating J.M. (eds). Psychotraumatology. – The Springer Series on Stress and Coping. Springer, Boston, MA., 1995. – Pp. 9–26. – DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9_2
27. Van der Hart O., Brown P. Concept of psychological trauma // Am J Psychiatry. – 1947. – Vol. 12. – Art. no. 1691. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1691>
28. Katrinli S., Stevens J., Wani A.H. et al. Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity // Neuropsychopharmacol. – 2020. – Vol. 45. – Pp. 1609–1616. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5>
29. Zelenova M.E., Lazebnaya E.O., Tarabrina N.V. Psikhologicheskie osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh sostoyanii u uchastnikov voyny v Afganistane // Psikhologicheskii zhurnal. – 1997. – Т. 2. – С. 34–49.
30. Morgan III C.A., Grillon C., Southwick S.M. et al. Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War veterans with posttraumatic stress disorder // Am J Psychiatry. – 1996. – Vol. 153 (1). – Pp. 64–68. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.1.64>
31. O'Brien L.S., Hughes S.J. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict // British J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 159. – Pp. 135–141. – DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.159.1.135>
32. Tadevosyan M.Ya., Sukiasyan S.G. Psikhicheskaya travma, ee posledstviya i predraspologayushchie faktory // Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2011. – Т. 111, № 11. – С. 95–100.
33. Guina J., Baker M., Stinson K. et al. Should posttraumatic stress be a disorder or a specifier? Towards improved nosology within the DSM categorical classification system // Current psychiatry reports. – 2017. – Vol. 19 (10). – Pp. 1–11. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0821-7>
34. Sukiasyan S.G., Tadevosyan A.S., Chshmarityan S.S., Manasyan N.G. Stress i poststressovye rasstroistva: lichnost' i obshchestvo. – Erevan: Asogik, 2003. – 343 s.
35. Sukiasyan S.G., Manasyan N.G., Chshmarityan S.S. i dr. Somatoformnaya dinamika posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv u uchastnikov boevykh deistvii // Rossiiskii psikiatricheskii zhurnal. – 2006. – № 3. – С. 78–85.
36. Reznik A.M., Syunyakov T.S., Shcherbakov D.V., Martynyuk Yu.L. Psikhicheskie rasstroistva u veteranov lokal'nykh voyn // Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. Spetsvypuski. – 2020. – Т. 120, № 6–2. – С. 31–36. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202012006231>

37. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988. – Vol. 56 (1). – Pp. 85–90. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85>
38. Okkels N., Trajberg B., Arendt M., Pedersen C.B. Traumatic stress disorders and risk of subsequent schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder: A nationwide cohort study // *Schizophrenia Bulletin*. – 2017. – Vol. 43 (1). – Pp. 180–186. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw082>
39. Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2019. – Vol. 88. – Pp. 265–275. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2018.08.001>
40. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T. et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // *Am J Psychiatry*. – 1998. – Vol. 155. – Pp. 630–637. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
41. Mayou R., Farmer A. ABC of psychological medicine: Trauma // *British Medical Journal*. – 2002. – Vol. 325. – Pp. 426–429. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.426>
42. Ford J.D. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? // *J Consult Clin Psychol*. – 1999. – Vol. 67 (1). – Pp. 3–12. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
43. Cero I., Kilpatrick D.G. Network Analysis of Posttraumatic stress disorder symptoms in a National sample of U.S. Adults: Implications for the phenotype and the ICD-11 model of PTSD // *J Trauma Stress*. – 2020. – Vol. 33 (1). – Pp. 52–63. – DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22481>
44. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M., Forbes D., McFarlane A.C., Silove D., Hadzi-Pavlovic D. Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: A network analysis // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 4 (2). – Pp. 135–142. – DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470>
45. Азарных Т.Д., Азарных Н.А. Акцентуации характера как предикторы острой стрессовой реакции. – URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/222815751.pdf> [дата обращения 15.09.2022].
46. Bryant R., Stein M.B., Hermann R. Acute stress disorder in adults: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course and diagnosis. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis> (accessed August 12, 2022).
47. McNally R.J., Robinaugh D.J., Wu G.W.Y. et al. Mental disorders as causal systems: a network approach to posttraumatic stress disorder // *Clin Psychol Sci*. – 2015. – Vol. 3 (6). – Pp. 836–849. – DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702614553230>
48. Лебедева Н.А., Борисова Е.Н. Изменение функций внимания у людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: матер. V Междунар. науч. конф.: в 2 т. / отв. ред. М.В. Сапорова, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова. – Кострома: Костромской государственный университет, 2019. – С. 276–280.
49. Bomyea J., Johnson A., Lang A.J. Information processing in PTSD: Evidence for biased attentional, interpretation, and memory processes // *Psychopathology Review*. – 2017. – Vol. 4 (3). – Pp. 218–43. – DOI: <https://doi.org/doi:10.5127/pr.037214>
50. Brown A.D., Root J.C., Romano T.A. et al. Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat veterans with posttraumatic stress disorder // *J Behav Ther Exp Psychiatry*. – 2013. – Vol. 44 (1). – Pp. 129–134. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.11.004>
51. Сукиасян С.Г., Татевосян М.Я. Личностный фактор в генезе и развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // Психология и психотехника. – 2010. – Т. 12. – С. 82–98.
52. Сукиасян С.Г., Татевосян М.Я. Соотношение посттравматических стрессовых и экзогенно-органических психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 11. – С. 63–70.
53. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2001. – Т. 101, № 2. – С. 57–61.
54. Blake D.D., Weathers F., Nagy L.M. et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1 // *The Behaviour Therapist*. – 1990. – Vol. 13. – Pp. 187–188.
55. Southwick S.M., Yehuda R., Giller Jr. E.L. Personality disorders in treatment – seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 1020–1023. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1020>
56. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A Psychobiological Model of Temperament and Character // *Arch Gen Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50 (12). – Pp. 975–990. – DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
57. Cloninger C.R. Temperament and Personality // *Current Opinion in Neurobiology*. – 1994. – Vol. 4. – Pp. 266–273. – DOI: [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(94\)90083-3](https://doi.org/10.1016/0959-4388(94)90083-3)
58. Разумникова О.М. Опросник Р. Клонингер для определения темперамента и характера // Сибирский психологический журнал. – 2005. – Т. 22. – С. 150–152.
59. Miller M.W. Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – Vol. 10 (4). – Pp. 373–393. – DOI: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg040>
37. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988. – Vol. 56 (1). – Pp. 85–90. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.85>
38. Okkels N., Trajberg B., Arendt M., Pedersen C.B. Traumatic stress disorders and risk of subsequent schizophrenia spectrum disorder or bipolar disorder: A nationwide cohort study // *Schizophrenia Bulletin*. – 2017. – Vol. 43 (1). – Pp. 180–186. – DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw082>
39. Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2019. – Vol. 88. – Pp. 265–275. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2018.08.001>
40. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T. et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // *Am J Psychiatry*. – 1998. – Vol. 155. – Pp. 630–637. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
41. Mayou R., Farmer A. ABC of psychological medicine: Trauma // *British Medical Journal*. – 2002. – Vol. 325. – Pp. 426–429. – DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.426>
42. Ford J.D. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? // *J Consult Clin Psychol*. – 1999. – Vol. 67 (1). – Pp. 3–12. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
43. Cero I., Kilpatrick D.G. Network Analysis of Posttraumatic stress disorder symptoms in a National sample of U.S. Adults: Implications for the phenotype and the ICD-11 model of PTSD // *J Trauma Stress*. – 2020. – Vol. 33 (1). – Pp. 52–63. – DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22481>
44. Bryant R.A., Creamer M., O'Donnell M., Forbes D., McFarlane A.C., Silove D., Hadzi-Pavlovic D. Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: A network analysis // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 4 (2). – Pp. 135–142. – DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470>
45. Azarnykh T.D., Azarnykh N.A. Aktsentuatsii kharakterak kak prediktory ostroi stressovoi reaksii. – URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/222815751.pdf> [data obrashcheniya 15.09.2022].
46. Bryant R., Stein M.B., Hermann R. Acute stress disorder in adults: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course and diagnosis. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis> (accessed August 12, 2022).
47. McNally R.J., Robinaugh D.J., Wu G.W.Y. et al. Mental disorders as causal systems: a network approach to posttraumatic stress disorder // *Clin Psychol Sci*. – 2015. – Vol. 3 (6). – Pp. 836–849. – DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702614553230>
48. Lebedeva N.A., Borisova E.N. Izmenenie funktsii vnimaniya u lyudei, stradayushchikh posttravmaticheskim stressovym rasstroistvom // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: матер. V Mezhdunar. nauch. konf.: v 2 t. / отв. red. M.V. Saporovskaya, T.L. Kryukova, S.A. Khazova. – Kostroma: Kostromskoi gosudarstvennyi universitet, 2019. – S. 276–280.
49. Bomyea J., Johnson A., Lang A.J. Information processing in PTSD: Evidence for biased attentional, interpretation, and memory processes // *Psychopathology Review*. – 2017. – Vol. 4 (3). – Pp. 218–43. – DOI: <https://doi.org/doi:10.5127/pr.037214>
50. Brown A.D., Root J.C., Romano T.A. et al. Overgeneralized autobiographical memory and future thinking in combat veterans with posttraumatic stress disorder // *J Behav Ther Exp Psychiatry*. – 2013. – Vol. 44 (1). – Pp. 129–134. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.11.004>
51. Sukiasyan S.G., Tatevosyan M.Ya. Lichnostnyi faktor v geneze i razvitii boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva // Психология и психотехника. – 2010. – Т. 12. – С. 82–98.
52. Sukiasyan S.G., Tatevosyan M.Ya. Sootnoshenie posttravmaticheskikh stressovykh i ekzogenno-organicheskikh psikhicheskikh rasstroistv // Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2010. – Т. 110, № 11. – С. 63–70.
53. Sukiasyan S.G., Manasyan N.G., Chshmarityan S.S. Somatizirovannye psikhicheskie narusheniya // Zhurnal nevrologii i psikiatrii im S.S. Korsakova. – 2001. – Т. 101, № 2. – С. 57–61.
54. Blake D.D., Weathers F., Nagy L.M. et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1 // *The Behaviour Therapist*. – 1990. – Vol. 13. – Pp. 187–188.
55. Southwick S.M., Yehuda R., Giller Jr. E.L. Personality disorders in treatment – seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 1020–1023. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1020>
56. Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R. A Psychobiological Model of Temperament and Character // *Arch Gen Psychiatry*. – 1993. – Vol. 50 (12). – Pp. 975–990. – DOI: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240059008>
57. Cloninger C.R. Temperament and Personality // *Current Opinion in Neurobiology*. – 1994. – Vol. 4. – Pp. 266–273. – DOI: [https://doi.org/10.1016/0959-4388\(94\)90083-3](https://doi.org/10.1016/0959-4388(94)90083-3)
58. Razumnikova O.M. Oprosnik R. Kloninger dlya opredeleniya temperamenta i kharaktera // Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. – 2005. – Т. 22. – С. 150–152.
59. Miller M.W. Personality and the etiology and expression of PTSD: A three-factor model perspective // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2003. – Vol. 10 (4). – Pp. 373–393. – DOI: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg040>

60. Xin Y., Wu J., Yao Z., Guan Q., Aleman A., Luo Y. The relationship between personality and the response to acute psychological stress // *Scientific Reports*. – 2017. – Vol. 7 (1). – Pp. 1–8. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17053-2>
61. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
62. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 2019. – 583 с.
63. Снедков Е.В., Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Лыткин В.М. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клиничко-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты // *Современная психиатрия*. – 1998. – Т. 1, № 1. – С. 21–25.
64. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: перевод с англ. – М.: Республика, 1994. – 447 с.
65. Bryant R.A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – Vol. 20 (12). – Pp. 1–8. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>
66. Haag C., Robinaugh D.J., Ehlers A., Kleim B. Understanding the Emergence of Chronic Posttraumatic Stress Disorder Through Acute Stress Symptom Networks // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74 (6). – Pp. 649–650. – DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>
67. McFarlane A.C. Posttraumatic Stress Disorder: A Model of the Longitudinal Course and the Role of Risk Factors // *J Clin Psychiatry*. – 2000. – Vol. 61, suppl. 5. – Pp. 15–20.
68. Shalev A.Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study // *Am J Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153 (2). – Pp. 219–225. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.219>
69. Visser E., Gossens T., Den Ouden B.L., De Vries J. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review // *J Trauma Acute Care Surg*. – 2017. – Vol. 82 (6). – Pp. 1158–1183. – DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001447>
70. Андрищенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104–109.
71. Бондарев Н.И. Условия возникновения и развития реактивных состояний // *Труды Военно-морской медицинской академии*. – Л.: ВММедА, 1944. – С. 46–52.
72. Добротворский Н.М. Душевные заболевания в связи с войной (по литературным данным за 1915–1918 гг.) // *Научная медицина*. – 1919. – № 1. – С. 378–386.
73. Осипов В.П. Введение // *Психозы и психоневрозы войны: сб.* – Л.; М.: ОГИЗ: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1934. – С. 6–13.
74. Rubonis A.V., Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disasterpsychopathology relationship // *Psychological Bulletin*. – 1991. – Vol. 109 (3). – Pp. 384–399. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.384>
75. Wen-peng Cai, Yu Pan, Shui-miao Zhang, Cun Weia, Wei Dong, Guang-hui Deng. Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 256. – Pp. 71–78. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.018>
76. Guthrie R.M., Bryant R.A. Auditory startle response in firefighters before and after trauma exposure // *Am J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – Pp. 283–290. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.283>
77. Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E. et al Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans // *Am J Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – Pp. 902–907.
78. Garfin D.R., Thompson R.R., Holman E.A. Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review // *J Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 112. – Pp. 107–113. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.017>
79. Dunmore E., Clark D.M., Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // *Behaviour research and therapy*. – 2001. – Vol. 39 (9). – Pp. 1063–1084. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
80. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav Res Ther*. – 2000. – Vol. 38 (4). – Pp. 319–345. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
81. Porter K.E., Stein M.B., Martis B., Avallone K.M., McSweeney L.B., Smith E.R., Simon N.M., Gargan S., Liberzon I., Hoge C.W., Rauch S.A. Postconcussive symptoms (PCS) following combat-related traumatic brain injury (TBI) in Veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD): Influence of TBI, PTSD, and depression on symptoms measured by the Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) // *Journal of Psychiatric Research*. – 2018. – Vol. 102. – Pp. 8–13. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychres.2018.03.004>
82. Vasterling J.J., Aslan M., Lee L.O., Proctor S.P., Ko J., Jacob S., Concato J. Longitudinal associations among posttraumatic stress disorder symptoms, traumatic brain injury, and neurocognitive functioning in army soldiers deployed to the Iraq war // *Journal of the International Neuropsychological Society*. – 2018. – Vol. 24 (4). – Pp. 311–323. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617717001059>
83. Carlson E.B., Josef R. Effects of traumatic experiences: A National center for PTSD fact sheet. National center for post-traumatic stress disorder. – 2013. – Available at: URL: https://www.mirecc.va.gov/cih-visn2/Documents/Patient_Education_Handouts/Effects_of_Traumatic_Experiences_Version_3.pdf (accessed August 21, 2022).
60. Xin Y., Wu J., Yao Z., Guan Q., Aleman A., Luo Y. The relationship between personality and the response to acute psychological stress // *Scientific Reports*. – 2017. – Vol. 7 (1). – Pp. 1–8. – DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17053-2>
61. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla. – M.: Progress, 1990. – 368 s.
62. Leont'ev D.A. Psikhologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoy real'nosti. – M.: Smysl, 2019. – 583 s.
63. Snedkov E.V., Litvitsev S.V., Nepochenko V.V., Lytkin V.M. Mediko-psikhologicheskie posledstviya boevoy psikhicheskoi travmy: kliniko-dinamicheskie i lechebno-reabilitatsionnye aspekty // *Sovremennaya psikhiatriya*. – 1998. – Т. 1, № 1. – С. 21–25.
64. Fromm E. Anatomiya chelovecheskoi destruktivnosti: perevod s angl. – M.: Respublika, 1994. – 447 s.
65. Bryant R.A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder // *Current Psychiatry Reports*. – 2018. – Vol. 20 (12). – Pp. 1–8. – DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>
66. Haag C., Robinaugh D.J., Ehlers A., Kleim B. Understanding the Emergence of Chronic Posttraumatic Stress Disorder Through Acute Stress Symptom Networks // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74 (6). – Pp. 649–650. – DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>
67. McFarlane A.C. Posttraumatic Stress Disorder: A Model of the Longitudinal Course and the Role of Risk Factors // *J Clin Psychiatry*. – 2000. – Vol. 61, suppl. 5. – Pp. 15–20.
68. Shalev A.Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study // *Am J Psychiatry*. – 1996. – Vol. 153 (2). – Pp. 219–225. – DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.153.2.219>
69. Visser E., Gossens T., Den Ouden B.L., De Vries J. The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review // *J Trauma Acute Care Surg*. – 2017. – Vol. 82 (6). – Pp. 1158–1183. – DOI: <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000001447>
70. Andryushchenko A.V. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo pri situatsiyakh utraty ob'ekta ekstraordinarnoi znachimosti // *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104–109.
71. Bondarev N.I. Usloviya vzniknoveniya i razvitiya reaktivnykh sostoyaniy // *Trudy Voenno-morskoi meditsinskoi akademii*. – L.: VMMedA, 1944. – С. 46–52.
72. Dobrotvorskiy N.M. Dushevnyye zabolevaniya v svyazi s voynoi (po literaturnym dannym za 1915–1918 gg.) // *Nauchnaya meditsina*. – 1919. – № 1. – С. 378–386.
73. Osipov V.P. Vvedeniye // *Psikhozy i psikhonevrozy voyny: sb.* – L.; M.: OGIz: Gosudarstvennoe izdatel'stvo biologicheskoi i meditsinskoi literatury, 1934. – С. 6–13.
74. Rubonis A.V., Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disasterpsychopathology relationship // *Psychological Bulletin*. – 1991. – Vol. 109 (3). – Pp. 384–399. – DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.384>
75. Wen-peng Cai, Yu Pan, Shui-miao Zhang, Cun Weia, Wei Dong, Guang-hui Deng. Relationship between cognitive emotion regulation, social support, resilience and acute stress responses in Chinese soldiers: Exploring multiple mediation model // *Psychiatry Research*. – 2017. – Vol. 256. – Pp. 71–78. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.018>
76. Guthrie R.M., Bryant R.A. Auditory startle response in firefighters before and after trauma exposure // *Am J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – Pp. 283–290. – DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.283>
77. Marmar C.R., Weiss D.S., Schlenger W.E. et al Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans // *Am J Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151. – Pp. 902–907.
78. Garfin D.R., Thompson R.R., Holman E.A. Acute stress and subsequent health outcomes: A systematic review // *J Psychosomatic Research*. – 2018. – Vol. 112. – Pp. 107–113. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.017>
79. Dunmore E., Clark D.M., Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // *Behaviour research and therapy*. – 2001. – Vol. 39 (9). – Pp. 1063–1084. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
80. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav Res Ther*. – 2000. – Vol. 38 (4). – Pp. 319–345. – DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
81. Porter K.E., Stein M.B., Martis B., Avallone K.M., McSweeney L.B., Smith E.R., Simon N.M., Gargan S., Liberzon I., Hoge C.W., Rauch S.A. Postconcussive symptoms (PCS) following combat-related traumatic brain injury (TBI) in Veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD): Influence of TBI, PTSD, and depression on symptoms measured by the Neurobehavioral Symptom Inventory (NSI) // *Journal of Psychiatric Research*. – 2018. – Vol. 102. – Pp. 8–13. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychres.2018.03.004>
82. Vasterling J.J., Aslan M., Lee L.O., Proctor S.P., Ko J., Jacob S., Concato J. Longitudinal associations among posttraumatic stress disorder symptoms, traumatic brain injury, and neurocognitive functioning in army soldiers deployed to the Iraq war // *Journal of the International Neuropsychological Society*. – 2018. – Vol. 24 (4). – Pp. 311–323. – DOI: <https://doi.org/10.1017/S1355617717001059>
83. Carlson E.B., Josef R. Effects of traumatic experiences: A National center for PTSD fact sheet. National center for post-traumatic stress disorder. – 2013. – Available at: URL: https://www.mirecc.va.gov/cih-visn2/Documents/Patient_Education_Handouts/Effects_of_Traumatic_Experiences_Version_3.pdf (accessed August 21, 2022).