

Прогностическое значение симптомов боевой травмы для раннего развития посттравматических стрессовых расстройств

С.Г. Сукиасян^{1, 2}, А.К. Григорян³, М.Я. Тадевосян⁴, А.А. Бабаханян⁵

¹ Центр психосоциального регулирования, Ереван, Армения

² Армянский государственный педагогический университет имени Х. Абована, Ереван, Армения

³ Ереванский государственный университет, научно-исследовательская лаборатория «Личность и социальная среда», Ереван, Армения

⁴ Ереванский государственный медицинский университет имени М. Гераци, Ереван, Армения

⁵ МРЦ «Артмед», Ереван, Армения

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Проблема боевой психической травмы и связанных со стрессом расстройств является актуальной проблемой современной психиатрии. Особую актуальность имеет проблема предрасполагающих факторов посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

Цель настоящего исследования — выделение основных клинических симптомов у участников 44-дневной Арцахской войны, выполняющих предрасполагающую роль в развитии раннего ПТСР.

Материал и методы. Обследованы 104 участника войны в возрасте 18–50 лет. Исследование проводилось клинико-психопатологическим, лабораторным, инструментальным, психологическим методами (SCL-90-R, Миссисипская шкала ПТСР).

Результаты. У 77 комбатантов (74 %) были диагностированы острые стрессовые расстройства и у 27 (26 %) комбатантов — острые психические расстройства, депрессии, психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга. У 39 комбатантов (37,5 %) были выявлены симптомы ПТСР в течение первых двух недель после травмы. Выраженность ПТСР по Миссисипской шкале у обследованных колебалась от 54 до 139 баллов. У пациентов с ПТСР были выявлены более высокие показатели по всем шкалам симптоматического опросника SCL-90-R, за исключением фобической тревоги. Ряд симптомов проявили предикативно-обуславливающие значение для развития ПТСР.

Заключение. Все формы психопатологических расстройств были следствием необычной боевой травмы в силу особенностей ведения боевых действий. Не всегда боевой стресс вызывает острые стрессовые расстройства, а симптомы ПТСР выявляются уже спустя 12 недель после травмы. Границы между клиническими проявлениями посттравмы аморфны и перекрываются, хронологические критерии не соответствуют требованиям МКБ-10 и DSM-5. Боевая травма выступает как катализирующий фактор для всех расстройств посттравмы. Диагноз «острое стрессовое расстройство» не позволяет адекватно идентифицировать расстройства, которые в конечном счете трансформируются в ПТСР. Проявления ПТСР были выявлены у более чем трети обследованных комбатантов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: боевая травма, предикторы травмы, факторы риска, острое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство

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

Григорян Ани Камоевна, anigrigoryanpsy@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5453-2879

Тадевосян Маргарита Яковлевна, margtadevosyan@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0538-6657

Бабаханян Анна Ашотовна, anna.babakhanyan987@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7543-2604

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Сукиасян С.Г., Григорян А.К., Тадевосян М.Я., Бабаханян А.А. Прогностическое значение симптомов боевой травмы для раннего развития посттравматических стрессовых расстройств // Современная терапия психических расстройств. — 2024. — № 1. — С. 2–9. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.42.71.001

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The Prognostic Value of Combat Trauma Symptoms for the Early Development of Post-Traumatic Stress Disorders

S.G. Sukiasyan^{1, 2}, A.K. Grigoryan³, M.Ya. Tadevosyan⁴, A.A. Babakhanyan⁵

¹ Center for Psychosocial Regulation, Yerevan, Armenia

² Armenian State Pedagogical University named after Kh. Abovyan, Yerevan, Armenia

³ Yerevan State University, Yerevan, Armenia

⁴ Yerevan State Medical University named after M. Heratsi, Yerevan, Armenia

⁵ MRC "Artmed", Yerevan, Armenia

SUMMARY

Relevance. Combat-related mental trauma and stress-related disorders pose urgent challenges in modern psychiatry. Among various concerns, identifying predisposing factors for post-traumatic stress disorders (PTSD) is particularly crucial.

Objective. This study aimed to identify primary clinical symptoms among participants of the 44-day Artsakh war that predispose individuals to early PTSD development.

Material and Methods. We examined 104 war participants aged 18 to 50 years. The study employed clinico-psychopathological, laboratory, instrumental, and psychological methods (SCL-90-R, Mississippi PTSD Scale).

Results. Among the participants, 77 combatants (74 %) received diagnoses of acute stress disorders, while 27 (26 %) were diagnosed with acute psychotic disorders, depression, or mental disorders resulting from brain damage or dysfunction. Within the first two weeks after trauma, 39 combatants (37.5 %) exhibited PTSD symptoms. The severity of PTSD, measured by the Mississippi scale, ranged from 54 to 139 points. Patients with PTSD displayed higher scores on all scales of the SCL-90-R symptom questionnaire, except for phobic anxiety. Several symptoms demonstrated predictive significance for PTSD development.

Conclusion. Various forms of psychopathological disorders stemmed from atypical combat trauma associated with the nature of combat operations. Notably, combat stress doesn't consistently lead to acute stress disorders, and PTSD symptoms manifest within a short period after trauma. Clinical distinctions between post-traumatic manifestations are nebulous and sometimes overlap, diverging from ICD-10 and DSM-5 chronological criteria. Combat trauma serves as a catalyst for all post-trauma disorders. Diagnosing acute stress disorder may not adequately identify subsequent PTSD. More than a third of examined combatants exhibited PTSD manifestations, and certain symptoms were identified as predisposing factors for PTSD.

KEYWORDS: combat trauma, trauma predictors, risk factors, acute stress disorder, post-traumatic stress disorder

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

Grigoryan Ani Kamoevna, anigrigoryanpsy@gmail.com, ORCID: 0000-0001-5453-2879

Tadevosyan Margarita Yakovlevna, margtadevosyan@gmail.com, ORCID: 0000-0002-0538-6657

Babakhanyan Anna Ashotovna, anna.babakhanyan987@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7543-2604

CITATION: Sukiasyan S.G., Grigoryan A.K., Tadevosyan M.Ya., Babakhanyan A.A. The Prognostic Value of Combat Trauma Symptoms for the Early Development of Post-traumatic Stress Disorders // *Sovrem. ter. psih. rasstrojstv* [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2024. — No. 1. — Pp. 2–9. — DOI: 10.21265/PSYPH.2024.42.71.001 [in Russian]

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

Введение

История человечества перенасыщена различными большими и малыми войнами, которые создавали и создают атмосферу напряженности, беспорядка, хаоса, вызывающие у людей, переживших это насилие, ужасы неимоверных страданий от постигших их ранений, потерь и смерти. Это насилие приводит к физическим и психическим страданиям в первую очередь у тех, кто подвергается травме непосредственно, кто присутствует при страданиях или смерти других людей, как следствие ужаса и беспомощности, которые вызываются совокупностью этих событий-переживаний [1, 2].

Проблема боевой психической травмы и вызванных ею посттравматических расстройств так же стара, как проблема насилия в человеческом сообществе, но в наше время она стала актуальной проблемой современной психиатрии в силу технологического прорыва, достигнутого современной цивилизацией, в том числе в области вооружений [3–6]. Более того, эти травмы возникают на фоне участвовавших антропогенных и техногенных катастроф, социальных пертурбаций и «социогенных» событий, изменений экологической ситуации, что сопровождается глубокими травматическими переживаниями многофакторного

и полиморфного характера, изучение и систематизация которых стали велением времени [5, 7].

В данной статье мы будем говорить о постстрессовых расстройствах — острых стрессовых расстройствах (ОСР) и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), понятиях, которые представлены и в МКБ-10, и в DSM-5 [8, 9]. Однако, учитывая ряд особенностей возникновения и развития этих расстройств у участников 44-дневной войны в Арцахе, мы предпочитаем говорить о перитравматических расстройствах, которые не совсем соответствуют достаточно спорным критериям посттравматических расстройств современных классификаций [10].

Говоря о постстрессовых расстройствах, мы имеем в виду реакции, возникающие в результате боевых действий — событий вне пределов обычных человеческих переживаний, вызывающих сильный страх, ужас, ощущение беспомощности [11, 12]. Боевая травма — это стресс, но не просто стресс и, более того, не только неординарный стресс, а феномен более объемный, массивный, глубокий. Это одновременно психическая, физическая, социальная и моральная травма, которая затрагивает все слои личности и индивида, его социально-психологическую, морально-этическую и биологическую сущности. Возникнув в результате боевых действий, она

продолжается всю жизнь, разрушая не только жизнь комбатанта, но и оказывая деструктивное влияние на последующие поколения по механизмам как социального наследования [13], так и возможного генетического наследования приобретенных патологических изменений.

Отмеченные расстройства возникают в результате боевой психической травмы (что рассматривается в качестве основного критерия диагностики этих расстройств), но в той или иной степени выраженности травма может предшествовать и другим психическим расстройствам как этиологический, сопутствующий, осложняющий и индифферентный фактор. Помимо посттравматических травма может вызвать депрессивные, тревожные, диссоциативные, личностные расстройства как на психотическом, так и на невротическом и личностном уровнях [14, 15]. Травма может привести и к когнитивным нарушениям, патологии перцепции, соматическим симптомам [16].

На вопрос, почему это происходит, у нас нет строго обоснованных ответов, патогенетические механизмы развития постстрессовых расстройств во многом остаются неизвестными. Но, несмотря на это, некоторые концептуальные модели и научные исследования проливают свет на роль ряда предикативных факторов риска в развитии этих расстройств [17, 18] — генетических, нейроэндокринных, личностных, социальных, психологических, стрессоустойчивости, остроты травмы, наличия социальной поддержки, особенностей ситуации травмирования, наличия ценностной системы и др. [11, 14, 15, 17, 19–24]. Метаанализ 33 систематических обзоров, проведенный испано-шведской исследовательской группой [13], выявил наличие 130 потенциальных факторов риска, из которых 57 показали значительную связь с ПТСР. Среди них

социально-демографические, предтравматические (соматические и психические болезни в анамнезе, в семье), перитравматические факторы (совокупное воздействие потенциально травматических переживаний, тяжесть травмы, безвыходность ситуации).

Клинические проявления острых постстрессовых расстройств достаточно вариабельны и нестабильны: навязчивые воспоминания, избегающее поведение [25], дистанцирование от людей [26], притупленность эмоций, интенсивные психовегетативные проявления [17], вспыльчивость, агрессивность, повышенная ранимость и сензитивность, нарушения сна, ночные кошмары, перцептивные ощущения (запахи дыма, пороха, крови, пота, горючих материалов) [17], трудности концентрации внимания [27], гипомнестические нарушения [28], симптом «укороченного будущего» [26]. Чем выше уровень острого стресса, тем выше риск возможных проблем со здоровьем [30].

Цели и задачи исследования

Настоящее исследование является фрагментом более масштабного психопатологического исследования участников 44-дневной Арцахской войны, находящихся на стационарном лечении в отделении реабилитации психического здоровья «Стресс». Цель данного исследования — выявить возможные предикторы развития ПТСР еще на стадии ОСТ, в связи с чем поставлена также задача изучить прогностическое значение симптомов боевой травмы в процессе раннего развития ПТСР.

Материал и методы

Обследовано 104 пациента — участника войны в Арцахе в возрасте от 18 до 50 лет, средний возраст которых составлял 29,98 лет (стандартное отклонение (SD) = 8,17). Социально-демографическая характеристика обследованных пациентов представлена в табл. 1.

Как следует из табл. 1, это были лица с достаточно высоким уровнем образования, большинство которых проживало в городах, преимущественно солдаты срочной службы (21, 20,2 %), мобилизованные (22, 21,2 %) и офицеры (33, 31,7 %). Большинство (57, 54,8 %) состояли в браке.

Все пациенты прошли полные клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое и лабораторное обследования, а при необходимости также инструментальное обследование. Средняя длительность пребывания комбатантов в стационаре составляла 24,6 дней (min = 6 к/д, max = 57 к/д). Основными инструментами психологического обследования были военный вариант Миссисипской шкалы ПТСР [31, 32] и симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised) [33–35].

Все пациенты поступали в отделение реабилитации психического здоровья «Стресс» МРЦ «Артмед» в течение 1–12 дней после травматизации. Распределение пациентов по типу клинических расстройств представлено в табл. 2.

У 77 комбатантов (74 %) были диагностированы острые стрессовые расстройства (F43.0), а у 27 (26 %)

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика обследованных пациентов

Table 1. Socio-demographic characteristics of the examined patients

№ п/п	Параметр	Количество обследованных	
		абс.	%
1	Количество обследованных	104	100,0
2	Городские жители	62	59,6
3	Сельские жители	42	40,4
4	Образование: – среднее – среднее специальное – неполное специальное – высшее	49 6 2 47	47,1 5,8 1,9 45,2
5	Тип службы (воинской обязанности): – срочная – офицеры – контрактники – добровольцы – мобилизованные	21 33 11 17 22	20,2 31,7 10,6 16,3 21,2
6	Семейный статус: – женатые – неженатые	57 47	54,8 45,2

комбатантов — острые психотические расстройства (F22, F23), депрессии (F32), психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга (F06) в форме аффективных, тревожных и диссоциативных расстройств, расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07), тревожно-фобические (F40), тревожные расстройств (F41). Как видно, далеко не всегда боевой стресс вызывает ОСТ. Более того, как уже было показано нами [36], у 39 комбатантов (50,65 %) симптомы ПТСР возникали уже спустя 1–2 недели после травмы, что не согласуется с «ограничительными критериями длительности» DSM-5 и МКБ-10. Степень выраженности ПТСР по Миссисипской шкале у обследованных больных обнаруживала большой разброс — от 54 до 139 баллов (средний показатель — 106,65 ($SD = 19,91$)).

У пациентов с ПТСР по Миссисипской шкале были выявлены более высокие показатели по всем шкалам SCL-90-R (соматизация, навязчивость, межличностная сензитивность, депрессия и т. д.), за исключением фобической тревоги (иррациональной реакции страха), что согласуется с клинической картиной ПТСР и его структурой (табл. 3).

Результаты исследования

Предлагаемая нами рабочая гипотеза заключалась в том, что, возможно, некоторые клинические симптомы, выявленные у пациентов в первые дни после психической травмы, могут выступать в роли предикторов развития патологического процесса и его трансформации в ПТСР.

Мы исходили из предпосылки, что боевая травма действует не как специфический этиологический, а как провоцирующий или катализирующий фактор. Последующее за этой травмой «постстрессовое реагирование» проявляется от психологических форм защиты в виде аффективных, диссоциативных форм нарушения сознания, острых шоковых (стрессовых) реакций «внеличностного» характера, через расстройства адаптации уже «личностного» характера к церебральным, невротоподобным, психопатоподобным, психоорганическим синдромам, формирование которых зависит от многих внешних и внутренних факторов

Таблица 2. Распределение пациентов по типу клинических расстройств

Table 2. Distribution of patients by type of clinical disorders

№ п/п	Тип клинического расстройства	Частота выявляемости	
		абс.	%
1	Острые стрессовые расстройства	77	74,0
2	Другие психотические расстройства	27	26,0
3	Всего	104	100,0

[37–41]. В этом развитии патогенетическое значение имеет тяжесть последствий боевой травмы, особенно в начальный период после травматического воздействия, что повышает вероятность и возможность развития ПТСР [42]. Появление симптомов ПТСР в столь ранний период после травмы у наших пациентов, возможно, объясняется сочетанием психической травмы с черепно-мозговой, баротравмой в зоне боевых действий, о чем говорят некоторые авторы [43]. К.А. Yurgil et al. [44] отмечают, что предиктором развития ПТСР у военнослужащих может быть даже наличие черепно-мозговой травмы в анамнезе. У исследуемых нами пациентов были указания на перенесенные баротравмы.

Мы исходили из предположения, что отдельные клинические симптомы, выявленные у пациентов в первые дни после психической травмы, могут выступать в роли предикторов развития патологического процесса и его трансформации в ПТСР. С целью подтверждения выдвинутого нами предположения мы провели логистический регрессионный анализ. Совокупность всех симптомов, которые были выявлены клинко-психопатологическим методом у всех обследованных в том или ином сочетании, с той или иной частотой, была сгруппирована в 105 симптомов. Их мы рассматривали как предикативный фактор. Согласно полученным результатам, логистическая регрессионная модель статистически значима: $\chi^2(13) = 84,306, p < 0,0001$. Последняя обуславливает 77 % (Nagelkerke R^2) дисперсии ПТСР и позволяет классифицировать 88,9 % случаев. Во всей модели статистически значимы предикативно-обуславливающие значения следующих симптомов (табл. 4).

Таблица 3. Выраженность параметров SCL-90-R у пациентов с ПТСР и без ПТСР по Миссисипской шкале*

Table 3. Severity of SCL-90-R parameters in patients with and without PTSD on the Mississippi scale*

№ п/п	Параметр	Миссисипская шкала ПТСР	
		+ПТСР	-ПТСР
1	Соматизация ($t(99) = -3,338, p = 0,001$)	$M = 1,90, SD = 0,178$	$M = 1,79, SD = 0,158$
2	Навязчивость ($t(99) = -5,260, p < 0,0001$)	$M = 1,63, SD = 0,142$	$M = 1,46, SD = 0,169$
3	Межличностная сензитивность ($t(99) = -5,033, p < 0,0001$)	$M = 1,24, SD = 0,122$	$M = 1,13, SD = 0,933$
4	Депрессия ($t(99) = -4,904, p < 0,0001$)	$M = 1,87, SD = 0,892$	$M = 1,78, SD = 0,893$
5	Враждебность ($t(99) = -2,639, p = 0,01$)	$M = 1,58, SD = 0,197$	$M = 1,48, SD = 0,160$
6	Фобическая тревога ($t(99) = -2,209, p = 0,029$)	$M = 1,27, SD = 0,173$	$M = 1,36, SD = 0,224$

* Различия в выраженности параметров SCL-90-R между пациентами с ПТСР и без него были проверены с помощью формулы Стьюдента (t -критерий Стьюдента).

Таблица 4. Статистически значимые предикативно-обуславливающие симптомы ПТСР и их значения**Table 4.** Statistically significant predicative-conditioning symptoms of PTSD and their meanings

№ п/п	Симптом	Коэффициент В	Стандартная ошибка	Статистика Вальда	p
1	Плач	-3,939	1,592	6,125	0,013
2	Истощаемость	6,796,	3,181	4,564,	0,033
3	Оглушенность сознания	-4,079	1,537	7,042	0,008
4	Батальные сцены и голоса	-5,172	1,635	10,001	0,002
5	Парестезии	-5,267	1,791	8,647	0,003
6	Страхи	2,748	1,159	5,623	0,018
7	Болевые сенсации	3,953	1,758	5,059	0,025
8	Рвота	10,814	5,217	4,296	0,038
9	Ощущение нехватки воздуха	-5,751	2,834	4,116	0,042

Иными словами, перечисленные симптомы можно рассматривать в качестве факторов, обуславливающих развитие раннего ПТСР. Подобных факторов описано огромное количество. Их анализ представлен в работе В.А. Солдаткина и др. (в соавторстве с нами) [45]. Как показал анализ литературы в статье [45], все выявленные известные предикторы можно систематизировать следующим образом: факторы predispositions: личностной (психологической), социальной, биологической, гендерной, возрастной; фактор психотравмы; условия воздействия психотравмы; характеристики первичной реакции на тяжелый стресс. В связи с контекстом боевой травмы рассматривается влияние негативных факторов войны — интенсивность и продолжительность боевых действий, переносимые болезни, травмы и ранения, оперативная обстановка, смысл войны, общественная поддержка и другие [46, 47]. Однако мы не встретили работ, где в качестве предикторов боевого ПТСР рассматривались бы симптомы болезни. Редким исключением является исследование, в котором в качестве прогностических критериев развития ПТСР отмечается повышенная частота сердечных сокращений и ощущение дереализации в течение первых 48 часов у лиц, переживших землетрясение [48]. В отношении боевой травмы таких работ мы не нашли.

В проведенном нами исследовании в качестве предикторов были выделены плач, истощаемость, оглушенность сознания, батальные сцены и голоса, парестезии, страхи, болевые сенсации, рвота, ощущение нехватки воздуха. В совокупности эти симптомы свидетельствуют о выраженных аффективных нарушениях, аффективном сужении сознания, расстройствах восприятия и перцепции, связанных с боевыми действиями, вегетативных расстройствах, которые обуславливают развитие ПТСР.

Обсуждение

Описанию клинических проявлений травматических расстройств, факторов риска, патогенетических механизмов посвящено множество статей, написанных на основе материалов различных больших и малых войн, локальных боевых действий, военных конфликтов.

Но нет работ, освещающих роль и значение тех симптомов, которые обуславливают именно раннее проявление ПТСР, обычно формирующихся в более поздние фазы развития травматического процесса.

Клиническая картина острых стрессовых расстройств достаточно вариабельна в зависимости от вида травмы, степени тяжести, индивидуальных особенностей человека [30]. Но реакции на травму у исследуемых нами пациентов проявлялись также острыми психотическими, депрессивными, тревожно-фобическими и другими расстройствами. Вся эта совокупность психопатологических реакций имела один общий корень, из которого они развивались, — боевая психическая травма как стрессогенный феномен, характеризующийся тремя основными критериями: она наступает внезапно и неожиданно, создает угрозу жизни и психофизической целостности организма и личности, находится вне пределов нормального обыденного жизненного опыта.

Боевая травма — это не только утрата жизненно важных смыслов [29], не только негативные смысловые переживания, негативные смыслообразования [3], она представляет собой результат эмоциональных и физических воздействий во время или непосредственно после воздействия травмы [25, 49, 50]. В литературе указывается на наличие претравматических и посттравматических предикторов ПТСР: предшествующая травма, предшествующая психологическая адаптация, семейный психопатологический анамнез, воспринимаемая угроза жизни во время травмы, посттравматическая социальная поддержка, перитравматические эмоциональные реакции, перитравматическая диссоциация [51]. При этом авторы подчеркивают, что значимыми предикторами ПТСР являются перитравматические психологические процессы, а не предшествующие.

Острая реакция на стресс определяется [51] как самостоятельное расстройство, проявляющееся такими симптомами, как состояние «оглушенности» со снижением уровня сознания и внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы, дезориентировка. Наблюдаются явления диссоциативного ступора (отрешенность от окружающей ситуации вплоть до состояний ажитации)

с гиперактивностью. Вся эта симптоматика сопровождается психоvegetативными проявлениями с тахикардией, удушьем, потливостью, гиперемией покраснений. Может наблюдаться частичная или полная диссоциативная амнезия травматического эпизода. Обычно эта реакция прекращается быстро (в течение нескольких часов), если пострадавший устраняется от стрессовой обстановки, или же наблюдается в течение максимум трех дней [51].

Несмотря на то что обе классификации (МКБ-10 и DSM-5) выделяют острые стрессовые расстройства в качестве отдельной диагностической рубрики, некоторые авторы ставят под сомнение обоснованность их выделения [2]. Авторы обсуждают доказательства «за» и «против» расстройства, в пользу и против нынешнего акцента на перитравматическую диссоциацию, а также анализируют спектр биологических и когнитивных механизмов, которые потенциально опосредуют острую травматическую реакцию. Они считают, что имеющиеся данные указывают на необходимость рассмотрения альтернативных способов концептуализации ОСТР и выявления сильно травмированных людей, подверженных риску развития ПТСР.

В некоторых случаях при наличии предрасполагающих факторов [6] ОСТР приобретает затяжной характер и проявляются эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых повторных переживаний травматического события (воспоминания, кошмарные сновидения), избегание всего, что связано с травмой, неспособность вспомнить важные эпизоды травмы; чувство отстраненности и отчужденности от других, ангедония, притупленность эмоций, проблемы со сном, раздражительность или вспышки гнева, нарушение памяти и концентрации внимания, сверхбдительность и др. На этом фоне возможны спровоцированные вспышки страха, паники или агрессии. Типичны симптомы сверхвозбудимости с повышенным уровнем бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей. Жертвы травмы обычно испытывают диссоциативные, тревожные и другие симптомы в период травматического события и после. Хотя некоторые из этих симптомов имеют защитный характер, они могут привести к развитию ПТСР и других расстройств [6].

Как показало проведенное нами исследование, во многих случаях уже в течение острой реакции на стресс выявлялись симптомы, более характерные для ПТСР. На клиническом уровне у исследуемых нами пациентов проявились флэшбек-симптомы, навязчивости, кошмарные сновидения. Кроме того, как ведущие жалобы отмечались головокружения, головные боли, плач; пациенты отмечали «голоса» и «видения», связанные с боевыми действиями (батальные сцены и голоса), а также шум в ушах, головные боли и снижение слуха. Подобная симптоматика сопровождалась на начальных стадиях расстройства тревожно-депрессивными реакциями с выраженным соматовегетативным компонентом. Эти симптомы продолжают наблюдаться и в более отдаленные периоды травмы, когда формируется ПТСР, они сопровождаются острым тревожным состоянием, перевозбуждением, ощущением полной беспомощности и прострации, навязчивыми воспоминаниями,

неадекватным поведением, агрессивностью, вспыльчивостью, ощущением бессилия, чувством страха, стремлением к изоляции. Такие симптомы, как плач, страхи, болевые сенсации, «батальные сцены и голоса» и др. (см. табл. 4), оказались предикативными для развития ПТСР, т. е. их можно рассматривать в качестве факторов, обуславливающих развитие раннего ПТСР.

Заключение

Проведенное нами исследование показало, что не всегда боевой стресс вызывает острые стрессовые расстройства, а симптомы ПТСР были выявлены уже в течение 1–2 недель после травмы, что противоречит общепринятым подходам, заложенным в МКБ-10 и DSM-5. Диагноз ОСТР не позволяет адекватно идентифицировать расстройства, которые в итоге трансформируются в ПТСР. Проведенное исследование выявило ПТСР у более чем половины комбатантов (50,65 %), переживших ОСТР, что не согласуется с хронологическими критериями DSM-5 и МКБ-10. ПТСР проявляется уже в течение первых 1–2 недель после травмы. Появление симптомов ПТСР на ранних этапах травмы у исследуемых нами пациентов, возможно, объясняется сочетанием психической травмы с массивной баротравмой в зоне боевых действий, а также психологическим и технологическим воздействием противника.

Развитие ПТСР в 55,4 % случаев было осложнено наличием подавленного настроения, навязчивых феноменов в психопатологии развивающегося расстройства и агрессивными тенденциями у пациентов.

Остаются нерешенными вопросы, связанные с нозологическими и онтологическими аспектами проблемы диагностики, в том числе проблема разграничения ОСТР и ПТСР, особенно в контексте боевой травмы в условиях современных войн.

Важно отметить, что данное исследование не претендует на окончательные выводы, а наоборот, предоставляет новые перспективы для исследований, особенно в военном контексте. При интерпретации и обобщении результатов важно учитывать ограничения дизайна исследования и выборки, которые обусловлены самой природой проведенного исследования. Число обследованных пациентов определялось не нашими возможностями и расчетами, а решением соответствующих служб министерства обороны направлять выбывших военнослужащих в то или иное медицинское учреждение в зависимости от наличия свободных коек. Поэтому важно отметить, что, возможно, рассмотренная нами выборка недостаточна для выявления значимых связей между исследуемыми параметрами, а это может быть ограничивающим фактором. Второе — отмечается достаточно большой разброс в длительности пребывания комбатантов в стационаре, что не обеспечивает полноту исследования проблемы от начала расстройства до полного восстановления комбатанта и отслеживания динамики расстройства. Срок пребывания комбатанта определялся специальной комиссией министерства обороны в зависимости от ряда факторов, в том числе и от типа воинской обязанности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пушкирев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматические стрессовые расстройства: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 113 с. – С. 107–108.
2. Harvey HG, Bryant RA. Acute stress disorder: A synthesis and critique // *Psychological Bulletin*. – 2002. – Vol. 128, iss. 6. – Pp. 886–902. – <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.886>
3. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 2019. – 583 с.
4. Пушкирев А.Л., Евсегнеев Р.А., Аринчина Н.Г., Доморацкий В.А. Диагностика посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий. – Минск: БНИИЭТИН, 1999. – 17 с.
5. Лыткин В.М., Шамрей В.К., Костюк Г.П. К проблеме психического здоровья участников боевых действий // *Российский психиатрический журнал*. – 2007. – № 6. – С. 63–68.
6. Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde L.C., Spiegel D. Psychometric properties of the stanford acute stress reaction questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress // *J Trauma Stress*. – 2000. – Vol. 13. – Pp. 719–734. – <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
7. Esmaeilimotlagh M., Oveisi K., Alizadeh F., Asadollahi Kheirabadi M. To Study the prevalence of post-traumatic stress disorder and its comorbidity with personality disorders among veterans of Tehran // *J Hum Ins*. – 2018. – Vol. 2, iss. 1. – Pp. 6–13. – <https://doi.org/10.22034/jhi.2018.61277>
8. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2005. – 432 с.
9. Снедков Е.В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2009. – № 109 (12). – С. 8–11.
10. Сукиасян С.Г. Посттравматические или перитравматические расстройства: диагностическая дилемма // *Современная терапия психических расстройств*. – 2022. – № 3. – С. 3–13. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.69.67.001>
11. Gunderson J.G., Sabo A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 19–27.
12. Katrinli S., Stevens J., Wani A.H., Lori A., Kilaru V., van Rooij S.J.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. – <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5>
13. 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 // *Behav Res Ther*. – 2001. – Vol. 39. – Art. 1063. – [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
14. Шамрей В.К., Марченко А.А., Дрига Б.В., Милкин К.В., Моисеев Д.В. Исходы стационарного лечения посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // *Современная терапия психических расстройств*. – 2022. – № 3. – С. 14–24. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.80.39.002>
15. Доровских И.В., Заковряшин А.С., Павлова Т.А. Посттравматическое стрессовое расстройство при боевых травмах: патогенез, клиника и прогноз // *Современная терапия психических расстройств*. – 2022. – № 3. – С. 25–31. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.93.56.003>
16. 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. – <https://doi.org/10.1002/jts.22481>
17. Anestis J.C., Harrop T.M., Green B.A., Anestis M.D. Psychopathic personality traits as protective factors against the development of post-traumatic stress disorder symptoms in a sample of national guard combat veterans // *J Psychopathol Behav Assess*. – 2017. – Vol. 39. – Pp. 220–229. – <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9588-8>
18. Huini Peng, Jianhui Wu, Xiaofang Sun, Qing Guan, Yuejia Luo. Trait anxiety predicts the response to acute psychological stress // *Acta Psychologica Sinica*. – 2018. – Vol. 50 (9). – Pp. 997–1006. – <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2018.00997>
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
20. 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. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>
21. 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. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.283>
22. Harvey A.G., Bryant R.A. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury // *Am J Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – Pp. 626–628. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.626>
23. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2017. – Suppl. 5. – <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
24. Lu W., Mueser K.T., Rosenberg S.D., Yanos P.T., Mahmoud N. Posttraumatic reactions to psychosis: A qualitative analysis // *Frontiers in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 8. – Pp. 129–138. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00129>

REFERENCES

1. Pushkarev A.L., Domorackij V.A., Gordeeva E.G. Posttravmaticheskie stresovye rasstrojstva: diagnostika, psihofarmakoterapija, psihoterapija. – M.: Izd-vo Instituta psihoterapii, 2000. – 113 s. – S. 107–108.
2. Harvey HG, Bryant RA. Acute stress disorder: A synthesis and critique // *Psychological Bulletin*. – 2002. – Vol. 128, iss. 6. – Pp. 886–902. – <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.886>
3. Leont'ev D.A. Psihologija smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoj real'nosti. – M.: Smysl, 2019. – 583 s.
4. Pushkarev A.L., Evsegneeve R.A., Arinchina N.G., Domorackij V.A. Diagnostika posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva (PTSR) u uchastnikov voennyh dejstvij. – Minsk: BNIIEtIN, 1999. – 17 s.
5. Lytkin V.M., Shamrej V.K., Kostjuk G.P. K probleme psihicheskogo zdorov'ja uchastnikov boevyh dejstvij // *Rossiiskij psihiatricheskij zhurnal*. – 2007. – № 6. – S. 63–68.
6. Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde L.C., Spiegel D. Psychometric properties of the stanford acute stress reaction questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress // *J Trauma Stress*. – 2000. – Vol. 13. – Pp. 719–734. – <https://doi.org/10.1023/A:1007822603186>
7. Esmaeilimotlagh M., Oveisi K., Alizadeh F., Asadollahi Kheirabadi M. To Study the prevalence of post-traumatic stress disorder and its comorbidity with personality disorders among veterans of Tehran // *J Hum Ins*. – 2018. – Vol. 2, iss. 1. – Pp. 6–13. – <https://doi.org/10.22034/jhi.2018.61277>
8. Litvincev S.V., Snedkov E.V., Reznik A.M. Boevaja psihicheskaja travma: rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Medicina, 2005. – 432 s.
9. Snedkov E.V. Problema nozologicheskaj samostojatel'nosti posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2009. – № 109 (12). – С. 8–11.
10. Sukiasjan S.G. Posttravmaticheskie ili peritavmaticheskie rasstrojstva: diagnosticheskaja dilemma // *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv*. – 2022. – № 3. – С. 3–13. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.69.67.001>
11. Gunderson J.G., Sabo A.N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD // *Am J Psychiatry*. – 1993. – Vol. 150. – Pp. 19–27.
12. Katrinli S., Stevens J., Wani A.H., Lori A., Kilaru V., van Rooij S.J.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. – <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5>
13. 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 // *Behav Res Ther*. – 2001. – Vol. 39. – Art. 1063. – [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00088-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00088-7)
14. Shamrej V.K., Marchenko A.A., Driga B.V., Milaru K.V., Moiseev D.V. Ishody stacionarnogo lechenija posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva u kombatanov // *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv*. – 2022. – № 3. – С. 14–24. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.80.39.002>
15. Dorovskih I.V., Zakovryashin A.S., Pavlova T.A. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo pri boevyh travmah: patogenez, klinika i prognoz // *Sovremennaja terapija psihicheskikh rasstrojstv*. – 2022. – № 3. – С. 25–31. – <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2022.93.56.003>
16. 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. – <https://doi.org/10.1002/jts.22481>
17. Anestis J.C., Harrop T.M., Green B.A., Anestis M.D. Psychopathic personality traits as protective factors against the development of post-traumatic stress disorder symptoms in a sample of national guard combat veterans // *J Psychopathol Behav Assess*. – 2017. – Vol. 39. – Pp. 220–229. – <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9588-8>
18. Huini Peng, Jianhui Wu, Xiaofang Sun, Qing Guan, Yuejia Luo. Trait anxiety predicts the response to acute psychological stress // *Acta Psychologica Sinica*. – 2018. – Vol. 50 (9). – Pp. 997–1006. – <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2018.00997>
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
20. 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. – <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>
21. 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. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.283>
22. Harvey A.G., Bryant R.A. Two-year prospective evaluation of the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury // *Am J Psychiatry*. – 2000. – Vol. 157. – Pp. 626–628. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.626>
23. Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Benjet C., Bromet E.J., Cardoso G. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys // *European Journal of Psychotraumatology*. – 2017. – Suppl. 5. – <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
24. Lu W., Mueser K.T., Rosenberg S.D., Yanos P.T., Mahmoud N. Posttraumatic reactions to psychosis: A qualitative analysis // *Frontiers in Psychiatry*. – 2017. – Vol. 8. – Pp. 129–138. – <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00129>

25. Brunet A., Weiss D.S., Metzler T.J., Best S.R., Neylan T.C., Rogers C., Fagan J., Marmar C.R. The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD Criterion A2 // *Am J Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – Pp. 1480–1485. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
27. 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, iss. 1. – Pp. 3–12. – <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
28. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // *Психологический журнал*. – 1997. – № 2. – С. 34–49.
29. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
30. Carlson E.B., Ruzek J. Effects of traumatic experiences: A national center for PTSD fact sheet. – National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 2005.
31. Снедков Е.В., Резник А.М., Трущев С.А. Реакции боевого стресса. – М.: Медкнига, 2007. – 272 с.
32. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav Res Ther*. – 2000. – Vol. 38, iss. 4. – Pp. 319–345. – [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
33. Derogatis L., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // *British Journal of Psychiatry*. – 1976. – Vol. 128 (3). – Pp. 280–289. – <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
34. Батаршев А.В. Диагностика черт личности и акцентуаций. Практическое руководство. – М.: Психотерапия, 2006. – 288 с.
35. 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, iss. 2. – Pp. 135–142. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470>
36. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я., Бабабян А.А., Григорян А.К. Постстрессовые реакции и расстройства у участников войны в Арцахе // *Армянский журнал психического здоровья*. – 2023. – № 14 (2). – С. 3–25. – <https://doi.org/10.55436/1829202X-13.2023.14.2-3>
37. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Личностный фактор в генезе и развитии боевого посттравматического стрессового расстройства // *Психология и психотехника*. – 2010. – № 12. – С. 82–98.
38. Сукиасян С.Г., Тадевосян 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.
39. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматическое стрессовое расстройство: из функционального в органическое // *Психиатрия*. – 2011. – № 1. – С. 59–69.
40. 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.
41. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Боевой стресс и органическое поражение головного мозга: вариант динамики посттравматического стрессового расстройства // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2020. – Т. 120, № 9. – С. 19–27. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202012009119>
42. Bryant R.A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder // *Curr Psychiatry Rep*. – 2018. – Vol. 20. – Art. 111. – <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>
43. Haag C., Robinson D.J., Ehlers A., Klein B. Understanding the emergence of chronic posttraumatic stress disorder through acute stress symptom networks // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74, iss. 6. – Pp. 649–650. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>
44. Yurgil K.A., Barkauskas D.A., Vasterling J.J., Nievergelt C.M., Larson G.E., Schork N.J., Litz B.T., Nash W.P., Baker D.G. Association between traumatic brain injury and risk of posttraumatic stress disorder in active-duty marines // *JAMA Psychiatry*. – 2014. – Vol. 71, iss. 2. – Pp. 149–157. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3080>
45. Солдаткин В.А., Сукиасян С.Г., Галкин К.Ю. Посттравматическое стрессовое расстройство: кто в прицеле? // *Концепт*. – 2014. – Т. 20. – С. 511–515. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/54366.htm> [дата обращения 20.01.2024].
46. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бабура Е.В., Пацкань И.И. Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы-острого травматического стрессового расстройства // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2023. – Т. 2, № 62. – С. 4–13.
47. Храмов Е.В., Деулин Д.В., Котенев И.О., Пахалкова А.А. Соматические проявления при посттравматическом стрессовом расстройстве // *Современная зарубежная психология*. – 2023. – Т. 12, № 3. – С. 64–73.
48. Bergiannaki J.D., Psarros C., Varsou E., Paparrigopoulos Th., Soldatos C.R. Protracted acute stress reaction following an earthquake // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2003. – Vol. 107, iss. 1. – Pp. 18–24. – <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.01467.x>
49. Ozer E.J., Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol. 129, iss. 1. – Pp. 52–73. – <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
50. Vance M.C., Kovachy B., Dong M., Bui E. Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research // *J Clin Psychology*. – 2018. – Vol. 74, iss. 9. – Pp. 1457–1484. – <https://doi.org/10.1002/jclp.22612>
51. 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.
25. Brunet A., Weiss D.S., Metzler T.J., Best S.R., Neylan T.C., Rogers C., Fagan J., Marmar C.R. The peritraumatic distress inventory: A proposed measure of PTSD Criterion A2 // *Am J Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – Pp. 1480–1485. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1480>
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edn. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
27. 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, iss. 1. – Pp. 3–12. – <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3>
28. Zelenova M.E., Lazebnaja E.O., Tarabrina N.V. Psihologicheskie osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh sostoyaniy u uchastnikov vojny v Afganistane // *Psihologicheskij zhurnal*. – 1997. – № 2. – С. 34–49.
29. Frankl V. Chelovek v poiskah smysla. – M.: Progress, 1990. – 368 s.
30. Carlson E.B., Ruzek J. Effects of traumatic experiences: A national center for PTSD fact sheet. – National Center for Post-Traumatic Stress Disorder, 2005.
31. Snedkov E.V., Reznik A.M., Trushchev S.A. Reakcii boevogo stressa. – M.: Medkniga, 2007. – 272 s.
32. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // *Behav Res Ther*. – 2000. – Vol. 38, iss. 4. – Pp. 319–345. – [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
33. Derogatis L., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // *British Journal of Psychiatry*. – 1976. – Vol. 128 (3). – Pp. 280–289. – <https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280>
34. Batarshhev A.V. Diagnostika chert lichnosti i akcentuacij. Prakticheskoe rukovodstvo. – M.: Psihoterapija, 2006. – 288 s.
35. 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, iss. 2. – Pp. 135–142. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3470>
36. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja., Babahabjan A.A., Grigorjan A.K. Poststressovye reakcii i rassstrojstva u uchastnikov vojny v Arcahe // *Armjanskij zhurnal psihicheskogo zdorov'ja*. – 2023. – № 14 (2). – С. 3–25. – <https://doi.org/10.55436/1829202X-13.2023.14.2-3>
37. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja. Lichnostnyj faktor v geneze i razvitii boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rassstrojstva // *Psihologija i psihotekhnika*. – 2010. – № 12. – С. 82–98.
38. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja. Sootnoshenie posttravmaticheskikh stressovykh i jekzogenno-organicheskikh psihicheskikh rassstrojstv // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2010. – Т. 110, № 11. – С. 63–70.
39. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja. Posttravmaticheskoe stressovoe rassstrojstvo: iz funkcional'nogo v organicheskoe // *Psihiatrija*. – 2011. – № 1. – С. 59–69.
40. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja. Rol' cherepno-mozgovoj travmy v dinamike boevogo posttravmaticheskogo stressovogo rassstrojstva // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2014. – Т. 114, № 4. – С. 16–24.
41. Sukiasjan S.G., Tadevosjan M.Ja. Boevoj stress i organicheskoe porazhenie golovnogogo mozga: variant dinamiki posttravmaticheskogo stressovogo rassstrojstva // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2020. – Т. 120, № 9. – С. 19–27. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202012009119>
42. Bryant R.A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder // *Curr Psychiatry Rep*. – 2018. – Vol. 20. – Art. 111. – <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>
43. Haag C., Robinson D.J., Ehlers A., Klein B. Understanding the emergence of chronic posttraumatic stress disorder through acute stress symptom networks // *JAMA Psychiatry*. – 2017. – Vol. 74, iss. 6. – Pp. 649–650. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0788>
44. Yurgil K.A., Barkauskas D.A., Vasterling J.J., Nievergelt C.M., Larson G.E., Schork N.J., Litz B.T., Nash W.P., Baker D.G. Association between traumatic brain injury and risk of posttraumatic stress disorder in active-duty marines // *JAMA Psychiatry*. – 2014. – Vol. 71, iss. 2. – Pp. 149–157. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3080>
45. Soldatkin V.A., Sukiasjan S.G., Galkin K.Ju. Posttravmaticheskoe stressovoe rassstrojstvo: kto v pricele? // *Koncept*. – 2014. – Т. 20. – С. 511–515. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/54366.htm> [data obrashhenija 20.01.2024].
46. Abramov V.A., Abramov A.V., Babura E.V., Packan' I.I. Boevoj jekstremal'nyj stress kak prediktor boevoj psihicheskoy travmy-ostrogo travmaticheskogo stressovogo rassstrojstva // *Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii*. – 2023. – Т. 2, № 62. – С. 4–13.
47. Hramov E.V., Deulin D.V., Kotenev I.O., Pahalkova A.A. Somaticheskie pojavlenija pri posttravmaticheskom stressovom rassstrojstve // *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija*. – 2023. – Т. 12, № 3. – С. 64–73.
48. Bergiannaki J.D., Psarros C., Varsou E., Paparrigopoulos Th., Soldatos C.R. Protracted acute stress reaction following an earthquake // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2003. – Vol. 107, iss. 1. – Pp. 18–24. – <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.01467.x>
49. Ozer E.J., Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis // *Psychological Bulletin*. – 2003. – Vol. 129, iss. 1. – Pp. 52–73. – <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
50. Vance M.C., Kovachy B., Dong M., Bui E. Peritraumatic distress: A review and synthesis of 15 years of research // *J Clin Psychology*. – 2018. – Vol. 74, iss. 9. – Pp. 1457–1484. – <https://doi.org/10.1002/jclp.22612>
51. МКБ-10: Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rassstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike / per. pod red. Ju.L. Nullera, S.Ju. Cirkina. – SPb.: Adis, 1994. – 304 s.