Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2020, т. 120, № 8, с. 175-182
https://doi.org/10.17116/jnevro2020120081175

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2020, vol. 120, no 8, pp. 175-182
https://doi.org/10.17116/jnevro2020120081175

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Современные подходы[1]

© С.Г. СУКИАСЯН[1, 2], В.А. СОЛДАТКИН[3], Е.В. СНЕДКОВ[4, 5], М.Я. ТАДЕВОСЯН[1, 2], В.Г. КОСЕНКО[6]

[1]Медицинский реабилитационный центр «Артмед» — отделение реабилитации психического здоровья «Стресс», Ереван, Армения;
[2]Армянский медицинский институт, Ереван, Армения;
[3]ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия;
[4]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;
[5]СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург, Россия;
[6]ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Резюме

В третьей части обзора литературы приведены современные взгляды и подходы к проблеме травмы и посттравматических расстройств. Подчеркивается сомнительность нозологической специфичности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и обоснованности выделения болезни исключительно на основе психогенеза. Считают «посттравматический» тип реагирования на экстремальный стресс неспецифическим патологическим состоянием — одним из вариантов реакций на стресс. ПТСР может встречаться в структуре разных психических расстройств. Рассматриваются два подхода к решению проблемы — церебротравматический и психосоматический, которые дают основание считать ПТСР психогенно-органическим расстройством.

Ключевые слова: *стресс, психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство.*

Информация об авторах:
Сукиасян Самвел Грантович — https://orcid.org/0000-0001-9813-2471; e-mail: samsu57@mail.ru*
Солдаткин В.А. — https://orcid.org//0000-0002-0222-3414
Снедков Е.В. — https://orcid.org/0000-0002-1438-1890
Тадевосян М.Я. — https://orcid.org/0000-0002-0538-6657
Косенко В.Г. — https://orcid.org/0000-0002-9684-0199
* — **автор, ответственный за переписку**

Как цитировать:
Сукиасян С.Г., Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Тадевосян М.Я., Косенко В.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Современные подходы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(8):175–182. https://doi.org/10.17116/jnevro2020120081175

Combat-related posttraumatic stress disorder: from «irritable heart syndrome» to «psycho-organic disorder». Contemporary approach

© S.G. SUKIASYAN[1, 2], V.A. SOLDATKIN[3], E.V. SNEDKOV[4, 5], M.YA. TADEVOSYAN[1, 2], V.G. KOSENKO[6]

[1]«Artmed» Medical Rehabilitation Center — Department of Mental Health Rehabilitation «Stress», Yerevan, Armenia;
[2]Armenian Medical Institute, Yerevan, Armenia;
[3]Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia;
[4]Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russia;
[5]St. Petersburg St. Nicholas Psychiatric Hospital, St. Petersburg, Russia;
[6]Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Abstract

The authors consider current views on and approaches to trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD). There are doubts about the correctness and validity of allocation of PTSD entirely according to psychogenesis of the disease. The authors consider the «post-traumatic» as a type of response to extreme stress. PTSD is characterized as a nonspecific pathological form of disease, which can occur in the structure of different mental disorders. Based on considering two approaches (cerebrotraumatic and psychosomatic) in solving the current issue, the authors suggest that PTSD is a psychogenic-organic disorder.

Keywords: *stress, mental trauma, posttraumatic stress disorder.*

[1]Части 1 и 2 обзора опубликованы соответственно в выпусках журнала: 2019, №6, 2020, № 7.

Information about the authors:
Sukiasyan S.G. — https://orcid.org/0000-0001-9813-2471; e-mail: samsu57@mail.ru*
Soldatkin V.A. — https://orcid.org/0000-0002-0222-3414
Snedkov E.V. — https://orcid.org/0000-0002-1438-1890
Tadevosyan M.Ya. — https://orcid.org/0000-0002-0538-6657
Kosenko V.G. — https://orcid.org/0000-0002-9684-0199
* — **corresponding author**

To cite this article:
Sukiasyan SG, Soldatkin VA, Snedkov EV, Tadevosyan MYa, Kosenko VG. Combat-related posttrumatic stress disorder: from «irritable heart syndrome» to «psycho-organic disorder». Contemporary approach. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(8):175–182. (In Russ.) https://doi.org/10.17116/jnevro2020120081175

В первых двух частях обзора была показана проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в том состоянии, в котором она находится сегодня с учетом не только традиционных классических подходов, но и современных данных нейронаук. Согласно современным классификациям психических расстройств (МКБ-10 и DSM-5) [1, 2], ПТСР определяется как «психогенное заболевание, обусловленное воздействием исключительного, неординарного, чрезвычайного стресса, способного вызвать дистресс у любого человека». В качестве патогенетических факторов рассматривается достаточно широкий спектр предрасполагающих факторов (преморбидные личностные особенности, пол, возраст, образование, события жизни, уязвимость тех или иных органов и систем, стрессоустойчивость). К патогенетическим факторам относят сопутствующие или предшествующие соматические заболевания, алкоголизм и наркомании, черепно-мозговые травмы, а также влияние неблагоприятных факторов среды. Современные исследования подтверждают значимость роли и влияния отмеченных патогенных факторов на развитие ПТСР. Однако в классификациях психических расстройств, а также в ряде исследований ПТСР в генезе расстройства на первое место выводится значение психической травмы при полном или частичном игнорировании других патогенных факторов. По этому поводу уместно отметить замечание Е.В. Снедкова [3] о том, что «в литературе высказываются мнения, что тяжелый стресс действует скорее как катализатор, а не как специфический этиологический фактор». В качестве основных критериев диагностики ПТСР в DSM и МКБ рассматриваются такие симптомы, как навязчивые воспоминания и ретроспекции, избегание стимулов, ассоциативно связанных с пережитыми событиями, и др. Однако клиническая практика свидетельствует, что травма может не только вызвать ПТСР, но и способствовать развитию других психических расстройств, например расстройства экстремального стресса (DESNOS), тревожные расстройства, депрессию [4]. Боевые действия приводят к развитию не только «чисто» военных расстройств, но война способствует и обострению патологии, которая была до войны и характерна для мирного времени.

Многофакторный феномен вообще не может быть понят на основе одного, даже наиболее выраженного и значимого причинного фактора, в данном случае психогенного [5–7], когда другим компонентам отводится патопластическая роль в полном отрыве от субстрата патологии [8–10]. Такой исторически обусловленный монокаузальный подход и, соответственно, догматические определения типа «эндогенное», «психогенное», «органическое», «функциональное» совершенно не соответствуют требованиям и потребностям современной клинической диагностики, затрудняя установление отношений между организмом и воздействующими на него патогенными факторами [11–13]. Даже шизофрения, дебютирующая в ходе боевых действий, проявляется вначале реакциями «экзогенного типа», а в дальнейшем протекает по своим специфическим закономерностям [6, 14–18].

Война ускоряет развитие таких «мирных» заболеваний, как маниакально-депрессивный психоз и преждевременное слабоумие [19]. Она увеличивает заболеваемость шизофренией, причем ее пики отмечаются в периоды интенсивных боев и в ближайшие за ними месяцы [20], что свидетельствует о нарастании роли и значения экзогенно-органических факторов [21].

История повторяется. Некоторые подходы, характерные для XIX века, вновь актуализируются и приобретают новый смысл и содержание в конце XX и начале XXI века. Напомним, что под травматическим неврозом понимались различные функциональные заболевания нервной системы, возникающие в экстремальных условиях, обусловленные физиологическими и психогенными факторами [22]. Вначале выделяли соматические симптомы («солдатское сердце», «операционная усталость» [23], «железнодорожный синдром спинного мозга» [24]). Потом представления о травматическом неврозе приобрели более конкретные, порой взаимоисключающе формы. Одни исследователи пришли к тому, что «травматического невроза» как отдельной формы невроза не существует и его клиника полностью включает проявления обычной неврастении, истерии и других неврозов. Другие считали, что «травматический невроз» — условное понятие, которое обобщает и объединяет все нервно-психические расстройства, развивающиеся после травмы. Наконец, третья группа исследователей исходила из того, что «травматический невроз» есть сложное заболевание нервной системы, клиническая картина которого включает и симптомы органического генеза, и симптомы преимущественно психогенной природы.

Примерно такая же картина наблюдается и в настоящее время. В литературе дискутируется вопрос о нозологической неспецифичности ПТСР. В качестве доводов сторонники такой точки зрения приводят факты о полном соответствии симптомов ПТСР клиническим проявлениям реактивных, психогенных расстройств. Фактически ПТСР идентично реактивным состояниям, диагностические критерии которых были сформулированы еще К. Ясперсом в 1913 г. Единственная разница в том, что при ПТСР реак-

тивный (стрессовый) фактор является необычным, особенным, экстраординарным. С другой стороны, реактивность является одним из компонентов механизма психологической защиты и, естественно, может иметь место при любых психических расстройствах в виде депрессии, тревоги, фобий. Поэтому некоторые авторы [25] справедливо считают, что определять нозологическую специфичность расстройства на основе фактора реактивности не адекватно.

Ряд исследователей высказывают сомнения в правильности и обоснованности выделения болезни исключительно на основе психогенеза, даже самого экстраординарного стресса, подчеркивая, что в наше время само понятие «экстраординарности» или «необычности» стрессового фактора все более размывается. В литературе обсуждается вопрос о том, что «посттравматический» тип реагирования на экстремальный стресс является одним из вариантов реакций на стресс. Неординарный стресс часто приводит к таким реакциям, как депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные и др. Психологические последствия такого стресса могут быть разными: острые стрессовые расстройства, страх, боль, необъяснимые соматические симптомы [26—29]. В современных классификациях психических расстройств ПТСР обоснованно рассматривается как синдромальное образование, которое может наблюдаться в структуре разных форм психической патологии. Экстраординарный стресс действует в этих случаях не как специфический этиологический фактор, а как триггер, способствующий развитию патологического процесса. Сам патологический процесс может проявляться разнообразно: от вполне адекватных психологических форм защиты до психоорганических синдромов. В этом континууме могут выявляться психологически понятные аффективные, диссоциативные нарушения, острые шоковые реакции, расстройства адаптации, церебрастенические, неврозоподобные, психопатоподобные расстройства. Формирование любого из типов реагирования на экстраординарный стресс зависит от многих факторов: психологических, личностных, социальных, факторов среды, эндогенных, соматических и т.д.

Еще в середине прошлого века Г.Е. Сухарева [30] пришла к выводу, что «противопоставление биологической и психологической реакций противоречит клиническим данным», исходя из принципа, что мозг реагирует на вредности ограниченным количеством феноменов, форм реакций. Вызванное психогенией угнетение функциональной активности высших отделов коры полушарий мозга приводит к временному выключению отдельных психических функций и их диссоциации.

Специфичными вредностями военного времени являются длительно действующие тяжелые психические переживания, физическое перенапряжение, лишения, влияние непривычной внешней среды и т.д. Эти факторы действуют комбинированно, часто потенцируя друг друга, суммируя конечный эффект. В итоге снижаются защитные способности организма, декомпенсируются защитные силы, развивается и нарастает астенизация. Именно с этими механизмами связывается патогенез боевого посттравматического стресса. [14, 18, 31—37].

Катамнестические наблюдения за состоянием ветеранов боевых действий показывают, что в структуре психических расстройств у них отмечается нарастание симптоматики органического круга [38]. Расстройства, обусловленные действием неординарного стресса и верифицированные в первые месяцы и годы развития патологии как «острые стрессовые реакции», «нарушения адаптации» и «посттравматические стрессовые расстройства», спустя годы проявляли преимущественно симптомы, характерные для церебрально-органических расстройств [39, 40]. В значительной мере этому способствуют перенесенные черепно-мозговые травмы. Спустя 3 и 12 мес после травмы у ветеранов чаще всего диагностировали ПТСР и большое депрессивное расстройство. В то же время через 12 мес состояние более 20% ветеранов соответствовало диагностическим критериям по меньшей мере одного психического расстройства, возникшего после перенесенной травмы [41]. По данным B. Alderfer и соавт. [42], R. Jorge и соавт. [43], после черепно-мозговой травмы депрессия выявлялась у 25—40% обследуемых. Следовательно, можно предположить, что существует как один из вариантов динамики ПТСР тип, при котором соотношения органического и психогенного радикалов в структуре расстройства представлены следующими вариантами: 1) симптомы ПТСР не являются специфическими, они свойственны и другим психогенным, экзогенным, органическим, посттравматическим расстройствам и заболеваниям; 2) при хроническом течении ПТСР на фоне функционально-психогенных проявлений начинает доминировать органическая симптоматика; 3) ПТСР может проявлять хронологическую и патогенетическую коморбидность, сочетаясь с другими психическими и соматическими расстройствами.

Многие исследователи посттравматической патологии у ветеранов боевых действий указывали на потенцирование и суммирование внешних и внутренних этиологических факторов, подчеркивая при этом невозможность выделения одного из этих факторов в качестве доминирующего [17, 37, 44—47]. В.К. Хорошко [34], М.Я. Серейский [12], В.А. Гиляровский [48], Г.Е. Сухарева [18, 49] охарактеризовали реактивные состояния, возникающие в результате участия в боевых действиях, как «полигении», «сомато-психогенные психозы», тем самым обосновав их полифакторную природу. Ими подчеркивалась роль и значение «общего вегетативного истощения», изменений витальной основы организма ветеранов под воздействием комплекса патогенных причин. Позиция этих авторов получила дальнейшее развитие в работах С.Г. Жислина [50], описавшего «параноид внешней обстановки». Автор рассматривает природу этого расстройства как реакцию организма на совокупность этиологически значимых сочетаний целого ряда внешних и внутренних обстоятельств (недосыпание, переутомление, нервное напряжение, незнакомая обстановка, соматическое неблагополучие, резидуальная органическая недостаточность головного мозга, алкоголизация), возникающую на «патологически измененной почве».

Сегодня существует два подхода к решению рассматриваемой проблемы: *цереброгравматический* и *психосоматический*.

Согласно *цереброгравматическому* подходу слабая (мягкая) черепно-мозговая травма со временем способствует тому, что реактивная, психологическая, функциональная симптоматика отступает перед постепенно нарастающей органической симптоматикой на задний план, а сама органическая патология начинает доминировать в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Другая точка зрения исходит из того, что функциональные психосоматические нарушения, являясь этапом или стадией общего психосоматического процесса, предшествуют развитию органической патологии. Мы не будем подробно останав-

ливаться на анализе отмеченных факторов и отсылаем читателя к соответствующей публикации [21].

Боевое ПТСР, являясь изначально психогенным расстройством, впоследствии приближается к расстройствам экзогенно-органическим [51—57]. Боевые действия в современных условиях в силу их технологической насыщенности, интенсивности, огромной поражающей мощи и ряда других особенностей сопровождаются политравматическими повреждениями, как физическими (соматическими), так и психическими, одновременным поражением нескольких органов и систем, что осложняет анализ патогенетических механизмов развития травмы [58, 59]. Черепно-мозговая травма обнаруживается в достаточно широком диапазоне проявлений — от самых легких, «незаметных» до грубых и тяжелых и охватывает разнообразные виды и степени механического повреждения костей черепа, мозга, его оболочек и сосудов [60]. Сам фактор тяжести травмы головного мозга имеет прогностическое значение и является предиктором возможных осложнений [38, 55]. S. Meares и соавт. [61] отмечают, что при умеренной травме головного мозга возможно предсказание развития ПТСР и депрессии, причем для клиницистов каждое из этих расстройств может быть первичным. Действительно, умеренная травма головного мозга возникает, естественно, в контексте травмирующего события. С другой стороны, психологический стресс, переживаемый при этом комбатантами, влияет во многих случаях на течение травмы головного мозга. Следовательно, нужно исходить из того, что колебания в состоянии этих пациентов могут быть обусловлены как неврологическим повреждением, так и влиянием психических изменений. Следует заметить, что эта клиническая реальность часто игнорируется врачами общей клинической практики [56]. Головной мозг поражается непосредственным действием взрывной волны, резкими колебаниями атмосферного давления, воздействием звуковой волны, падающими предметами и обломками, осколками снарядов и пулями, а также выраженными психоэмоциональными воздействиями, катализирующими патологические процессы в головном мозге. Разнообразие соматических и психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы обусловливается тяжестью полученной травмы, локализацией церебрального повреждения, вовлеченностью многих структур мозга, а также рядом сопутствующих факторов, таких как присоединение инфекций, возраст, длительность участия в боевых действиях, степень астенизации, алкоголизация и т.д. [60, 62]. Следовательно, не только травма, но и многократно действующие патогенные факторы среды изменяют реактивность организма, формируя новое физиологическое состояние ЦНС и нейрогуморального аппарата [50, 63]. В результате ослабляются корковый контроль, интегративные механизмы, а воздействие дополнительных патологических факторов приводит к дезинтеграции высших психических функций с высвобождением автоматических механизмов и витальной аффективности. Этим обусловливается некоторое сходство проявлений боевых стрессовых расстройств с эндогенными и инволюционными психозами, постэнцефалитическими и постпроцессуальными психопатоподобными симптомокомплексами [16, 18, 33, 49, 64]. В этих случаях иногда однообразие поведения пострадавших, скованность, гипомимия, слабомодулированная тихая речь, маловыраженный аффект тоски на астеническом фоне «производят впечатление мозговой реакции с картиной экстрапирамидной недостаточности» [8, 14, 18, 65]. Различные сочетания всего спектра патогенных (эндогенных, экзогенных, психогенных) факторов способствуют формированию однородных и повторяющихся синдромов, которые одновременно содержат черты, характерные и для реакций экзогенного типа, и для психогений [6, 33, 48, 66—68]. Проявления боевых стрессовых расстройств у большинства пострадавших могут быть настолько сходными, что В.А. Горовой-Шалтан [32] и В.Н. Мясищев [11] предлагали именовать их «физиопатиями», A. Kardiner [69] — «физионеврозом», Г.Е. Сухарева [70] по аналогии с известной концепцией Бонгоффера — «психогенным типом реакций». Эти реакции не могут рассматриваться как чисто психогенные и интерпретироваться только через призму психологически понятных связей. Как уже отмечалось, речь идет о более глубоких церебрально-биологических сдвигах, обусловленных эмоциональным и соматическим истощением [19, 48, 70, 71]. Нельзя игнорировать и роль личности, о чем писал еще С.И. Гольденберг [72]: она «значительна, сложна и многообразна, но она не относится к моменту возникновения синдрома. Участие личности сказывается в субъективном переживании болезни, в оформлении клинической картины, в установке компенсировать или, наоборот, фиксировать, утрировать и, наконец, симулировать синдром в той стадии заболевания, когда патофизиологический компонент расстройства выражен минимально или полностью компенсирован».

Переход психогенного функционального расстройства, такого как ПТСР, в органическое находит обьяснение также с позиций *психосоматического* подхода. Проблема перехода функциональных психосоматических расстройств в органические, по современным разработкам, исследуется двумя методологическими подходами: 1) путем длительного наблюдения за так называемыми висцеральными или системными неврозами [73] и 2) путем ретроспективного анализа формирования органического психосоматоза. В специальной литературе бытует мнение, что функциональные психосоматические нарушения, являясь стадией общего психосоматического процесса, предшествуют развитию органической патологии [74—76], т.е. психосоматический процесс проходит через две фазы — функциональную и органическую [74]. Первая фаза представлена обратимыми нарушениями органов или тканей, а вторая характеризуется необратимыми нарушениями, которые уже и есть собственно проявления органического психосоматоза. Эта концепция подтверждается многими исследованиями, свидетельствующими о трансформации и «перерождении» функционального расстройства в психосоматоз [77], несмотря на некоторые спорные моменты. По мере нарастания процесса соматизации психической патологии снижается интенсивность аффективной составляющей расстройства [78—80]. Трансформация психического напряжения (стресса) в соматическое страдание реализуется через вегетативную нервную систему [81], хотя физиологические и нейрофизиологические механизмы подобной трансформации на сегодняшний день изучены слабо и во многом непонятны. В этом процессе участвует целый ряд факторов: наследственная отягощенность [28], биологическая уязвимость той или иной системы [82], инфантильность и незрелость личности [83, 84], акцентуация характера [85], интенсивность стресса и процесса соматизации [75]. И в итоге психический (психологический) процесс превращается в органический. По мере развития психосо-

матического процесса и нарастания в структуре болезни органического (соматического) радикала вследствие соматизации аффекта аффективные компоненты личности (тревожность, депрессивность и т.п.) проявляют тенденцию к постепенному снижению, хотя никогда не достигают нормальных показателей [86]. Исследование данного контингента пациентов через 15—18 лет обнаруживает уже доминирование расстройств органического полюса психосоматического континуума [38].

Таким образом, условия ведения боевых действий, как писал В.А. Гиляровский, создают новые картины, возникающие совсем по другим механизмам [48]. Боевые стрессоры особенные, специфичные, необычные по силе, сложности, содержанию, они несут в себе витальную угрозу, могут многократно повторяться. Фило- и онтогенетическая эволюция человека не создала готовых программ, способных обеспечить оптимальный адаптивный ответ организма в экстремальной ситуации. Этим боевая психическая травма отличается от «мирных» стрессогенных (психогенных) расстройств, генез которых определяется сугубо индивидуальными особенностями системы внутренних ресурсов личности [46, 68, 69]. Любой стрессор вызывает неспецифический стрессорный эффект, за исключением случаев, когда раздражитель перекрывает его своей специфичностью [87].

Концепция ПТСР, заложенная еще в 80-х годах прошлого века в DSM-3 и в последующих классификациях, имела целью охарактеризовать паттерны адаптации к неординарным стрессовым ситуациям (война, природные и антропогенные катаклизмы, аварии, акты насилия и т.д.). Но многое не было учтено. Критерии ПТСР практически повторяли критерии реактивных состояний К. Ясперса. Не были учтены глубокие различия в механизмах адаптации. Организм компенсирует однократный экстремальный стресс за счет своих резервов. Длительный неординарный стресс вызывает глубокую адаптационную перестройку деятельности функциональных систем. Специфические свойства стрессора определяют структуру адаптации. Повышение устойчивости к действию специфического стрессорного фактора обеспечивается формированием ряда изменений в организме, которые часто приобретают патологический характер [18, 87—90]. После воздействия острого стресса возникают непродолжительные симптомы адренергической активации — тревога, нарушения засыпания, навязчивые мысли, которые расцениваются как естественная реакция на травматический стресс. В действительности это представляет собой своеобразную «цену адаптации». ПТСР, формирующиеся в условиях хронического стресса, сопровождаются стойкими нарушениями приспособляемости, депрессией, психосоматической дисфункцией, злоупотреблением психоактивными веществами [91—93]. Исследования последних лет показали недостаточную специфичность диагноза ПТСР [94—101] и в то же время качественные отличия боевого ПТСР [102—105]. Хроническое течение ПТСР в течение ряда лет обеспечивается определенными «адаптационными» процессами, в их основе лежат те процессы, о которых мы писали во второй части данного обзора и которые, в свою очередь, вызывают морфологические изменения в головном мозге.

Таким образом, существует определенный вариант динамики последствий боевого стресса: на первых этапах развития болезни он протекает с симптомами острого стрессового расстройства, затем — ПТСР, имеющими психогенетическую природу; постепенно на первый план выступают симптомы органического генеза. Катамнестические исследования показывают, что при повторных освидетельствованиях этих лиц заболевание квалифицируется как органическое с эмоционально-неустойчивыми, психопатоподобными, постконтузионными и психоорганическими расстройствами [38]. При этом сугубо посттравматические симптомы (избегания, повторные переживания, флешбэки, кошмарные сновидения и др.) не теряют своей актуальности и диагностической ценности. Сегодня мы можем говорить о психогенно-органическом варианте ПТСР.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). *Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике*. СПб: Адис; 1994.
Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10-y peresmotr). *Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv: klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike*. SPb: Adis; 1994. (In Russ.)
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Washington, DC; 2013.
3. Снедков Е.В. Проблема нозологической самостоятельности посттравматического стрессового расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009;109:12:8-11.
Snedkov EV. Problema nozologicheskoj samostoyatel'nosti posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2009;109:12:8-11. (In Russ.)
4. Ford JD. 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;67:1:3-12. https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.1.3
5. Залкинд И.А. Психогенные и соматические факторы в патогенезе паранойяльно-депрессивных реакций, возникающих у военнослужащих в условиях современной войны. *Проблемы психиатрии и невропатологии*. Уфа. 1944;5:238-254.
Zalkind IA. Psikhogennie i somaticheskie faktory v patogeneze paranoyal'no-depressivnykh reaktsij, voznikayushchikh u voennosluzhashchikh v usloviyakh sovremennoj vojny. *Problemy psikhiatrii i nevropatologii*. Ufa. 1944;5:238-254. (In Russ.)
6. Краснушкин Е.К. *Психогенный фактор душевных расстройств в военное время*. Проблемы психиатрии военного времени. М. 1945: 207-218.
Krasnushkin EK. *Psikhogennyj faktor dushevnykh rasstrojstv v voennoe vremya*. Problemy psikhiatrii voennogo vremeni. M. 1945:207-218. (In Russ.)
7. Charon R. Психопатология военного времени (Реферат С. Суханова). *Психиатрическая газета*. 1915;22:367-368.
Charon R. Psikhopatologiya voennogo vremeni (Referat S. Sukhanova). *Psikhiatricheskaya gazeta*. 1915;22:367-368. (In Russ.)
8. Залкинд Э.М., Шабанова Г.П. О клинике и структуре соматогенного параноида в условиях военного времени. *Невропатология и психиатрия*. 1944;13(5):24-29.
Zaklind EM, Shabanova GP. O klinike i strukture somatogennogo paranoida v usloviyakh voennogo vremeni. *Nevropatologiya i psikhiatriya*. 1944; 13(5):24-29. (In Russ.)
9. Случевский И.Ф. О некоторых наблюдениях над течением душевных заболеваний во время Отечественной войны. *Проблемы психиатрии и невропатологии*. Уфа. 1946;6:8-14.

Sluchevsky IF. O nekotorykh nablyudeniyakh nad techeniem dushevnykh zabolevanij vo vremya Otechestvennoj vojny. *Problemy psikhiatrii i nevropatologii*. Ufa. 1946;6:8-14. (In Russ.)

10. Jones FD, Johnson AW. Medical and psychiatric treatment policy and practice in Vietnam. *J Soc Iss.* 1975;31(4):49-65. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1975.tb01011.x
11. Мясищев В.Н. *Психогении и энцефалопатии.* Тр. Центр. ин-та психиатрии МЗ РСФСР. М. 1947:307-315.
Myasishchev VN. *Psikhogenii i entsefalopatii*. Tr. Tsentr. in-ta psikhiatrii MZ RSFSR. M. 1947:307-315. (In Russ.)
12. Серейский М.Я. *К проблеме «органического» и «функционального» в трудных диагностических случаях военных травм*. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну. Ташкент; 1943:403-407.
Sereysky MYa. *K probleme «organicheskogo» i «funktsional'nogo» v trudnykh diagnosticheskikh sluchayakh voennykh travm*. Voennaya meditsina glubokogo tyla v Otechestvennuyu vojnu. Tashkent; 1943:403-407. (In Russ.)
13. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., Рудой И.С. и др. Психиатрия катастроф. *Военно-медицинский журнал.* 1990;4:49-56.
Smirnov VK, Nechiporenko VV, Rudoy IS, et al. Psikhiatriya katastrof. *Voenno-meditsinskij zhurnal*. 1990;4:49-56. (In Russ.)
14. Автократов П.М. Призрение, лечение и эвакуация душевно-больных во время Русско-Японской войны в 1904—1905 годах. *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии.* 1906;10:665-688; 11:721-742.
Avtokratov PM. Prizrenie, lechenie i evakuatsiya dushevno-bolnykh vo vremya Russko-Yaponskoj vojny v 1904—1905 godakh. *Obozrenie psikhiatrii, nevrologii i eksperimentalnoj psikhologii.* 1906;10:665-688; 11:721-742. (In Russ.)
15. Герман К.И. *Материалы к изучению особенностей клинической картины шизофрении военного времени*. Проблемы психиатрии военного времени. М. 1945;272-281.
German KI. *Materialy k izucheniyu osobennostej klinicheskoj kartiny shizofrenii voennogo vremeni*. Problemy psikhiatrii voennogo vremeni. M. 1945; 272-281. (In Russ.)
16. Кандаратская К.М. *Протрагированно текущие психозы на почве истощения. Нервно-психические заболевания военного времени (По материалам ленинградских конференций 1942—1943 гг.)*. Л.: Гос. изд-во мед. литературы; 1945.
Kandaratskaya KM. *Protragirovanno tekushchie psikhozy na pochve istoshcheniya. Nervno-psikhicheskie zabolevaniya voennogo vremeni (Po materialam leningradskikh konferentsij 1942—1943 gg.)*. L.: Gos. isd-vo med. literatury; 1945. (In Russ.)
17. Рончевский С.П. *Психогенные реакции, психопатии и основные психозы в военное время. Вопросы психиатрической практики военного времени.* Под ред. В.П. Осипова. Л. 1941.
Ronchevsky SP. *Psikhogennye reaktsii, psikhopatii i osnovnye psikhozy v voennoe vremya. Voprosy psikhiatricheskoj praktiki voennogo vremeni*. Ed. VP Osipov. L. 1941. (In Russ.)
18. Сухарева Г.Е. *Роль вредностей военного времени в клинике психических заболеваний (на материале гражданских отделений больницы им. Кащенко)*. Проблемы психиатрии военного времени. М. 1945:255-271.
Sukhareva GE. *Rol' vrednostej voennogo vremeni v klinike psikhicheskikh zabolevanij (na materiale grazhdanskikh otdelenij bol'nitsy im. Kashchenko)*. Problemy psikhiatrii voennogo vremeni. M. 1945:255-271. (In Russ.)
19. Гервер А.В. О душевных расстройствах на театре военных действий. *Русский врач.* 1915;34:793-800; 35:817-821; 36:841-844.
Gerver AV. O dushevnykh rasstrojstvakh na teatre voennykh dejstvij. *Russkij vrach*. 1915;34:793-800; 35:817-821; 36:841-844. (In Russ.)
20. Yaktin US, Labban S. Traumatic war. Stress and schizophrenia. J *Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1992;30:6:29-33.
21. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Посттравматическое стрессовое расстройство у экс-комбатантов: из функционального в органическое. *Психиатрия.* 2011;1:59-69.
Sukiasyan SG, Tadevosyan MYa. Posttravmaticheskoye stressovoe rasstrojstvo u eks-kombatantov: iz funktsional'nogo v organicheskoe. *Psikhiatriya*. 2011;1:59-69. (In Russ.)
22. Грейденберг Б.С. Краткий историко-литературный очерк учения о травматическом неврозе. *Травматический невроз.* Харьков. 1918:7-18. 2011;1:59-69.
Greydenberg BS. Kratkij istoriko-literaturnyj ocherk ucheniya o travmaticheskom nevroze. *Travmaticheskij nevroz*. Kharkov; 1918:7-18. 2011;1:59-69. (In Russ.)
23. Zohar J. *PTSD: the concept and its scope. Posttraumatic stress disorder: From shell shock to the end of the millennium.* Wien; 1997.
24. Erichsen FE. *On railway and other injuries of the nervous system*. London; 1866.
25. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Manuel de psychiatric.* Paris: Masson et Cie; 1967:1211.
26. Тадевосян М.Я., Сукиасян С.Г. Психическая травма, ее последствия и предрасполагающие факторы. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2011;111(11):95-100.
Tadevosyan MYa, Sukiasyan SG. Psikhichiskaya travma, eye posledstviya i predraspalagayushie factori. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2011;111(11): 95-100. (In Russ.)
27. Mayou R, Farmer A. Trauma. *Brit Med J*. 2002;325:426-429.
28. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry.* 1998;155:630-637. https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630
29. Van Dyke C, Zilberg NJ, McKinnon JA. Posttraumatic stress disorder: a thirty-year delay in a World War II veteran. *Am J Psychiatry.* 1985;142: 1070-1073. https://doi.org/10.1176/ajp.142.9.1070
30. Сухарева Г.Е. *Учение о реактивных состояниях в свете данных военно-психиатрического опыта //* Проблемы клиники и терапии психических заболеваний (в свете данных военно-психиатрического опыта). Под ред. И.Н. Кагановича. М. 1949.
Sukhareva GE. *Uchenie o reaktivnikh sostoyaniyakh v svete dannykh voenno-psikhiatricheskogo opyta//*Problemy kliniki i terapii psikhicheskikh zabolewanij (v svete dannykh voenno-psikhiatricheskogo opyta). Ed. IN Kaganovich. M. 1949. (In Russ.)
31. Гиляровский В.А. *Старые и новые проблемы психиатрии*. М.: Медгиз; 1946.
Gilyarovsky VA. *Starye i novye problemy psikhiatrii*. M.: Medgiz; 1946. (In Russ.)
32. Горовой-Шалтан В.А. *Психоневрозы войны. Вопросы психиатрической практики военного времени.* Под ред. В.П. Осипова. Л.: Гос. изд-во мед. литературы; 1941.
Gorovoy-Shaltan VA. *Psikhonevrozy vojny. Voprosy psikhiastricheskoj praktiki voennogo vremeni.* Ed. VP Osipov. L.: Gos. izd-vo literatury; 1941. (In Russ.)
33. Снежневский А.В. Опыт работы фронтового невропсихиатрического госпиталя в Великую Отечественную войну. *Военно-медицинский журнал.* 1947;2:23-31.
Snezhnevsky AV. Opyt raboty frontovogo nevropsikhiatricheskogo gospitalya v Velikuyu Otechestvennuyu vojnu. *Voenno-meditsinskij zhurnal*. 1947; 2:23-31. (In Russ.)
34. Хорошко В.К. О душевных расстройствах вследствие физического и психического потрясения на войне. *Психиатрическая газета.* 1916; 1:3-10.
Khoroshko VK. O dushevnykh rasstrojstvakh vsledstvie fizicheskogo i psikhicheskogo potryaseniya na vojne. *Psikhiatricheskaya gazeta*. 1916;1:3-10. (In Russ.)
35. Costedoat A. La panique. *Bull d'information du Ministere de la Sante publique et de population*. 1956:64-67.
36. Hanson FR. The factor of fatigue in the neuroses of combat. *Army Med Bull.* 1949;(Suppl 9):147-150.
37. Newman RA. Combat fatigue: A review to the Korean conflict. *Milit Med*. 1964;129(10):921-928. https://doi.org/10.1093/milmed/129.10.921
38. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Роль черепно-мозговой травмы в динамике боевого посттравматического стрессового расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2014;4:16-24.
Sukiasyan SG, Tadevosyan MYa. Rol' cherepno-mozgovoj travmy v dinamike boevogo posttravmaticheskogo rasstrojstva. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2014;4:16-24. (In Russ.)
39. Classen C, Koopman Ch, Hales R, Spiegel D. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry.* 1998;155:620-624. https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.620
40. Zatzick DF, Kang S-M, Müller H-G, Russo JE, Rivara FP, Katon W, Jurkovich GJ, Roy-Byrne P. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *Am J Psychiatry.* 2002;159:941-946. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.941
41. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison Ph, Atkin Ch. Psychiatric morbidity following injury. *Am J Psychiatry.* 2004;161:507-514. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.507
42. Alderfer BS, Arciniegas DB, Silver JM. Treatment of depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2005;20:544-562.
43. Jorge RE, Robinson RG, Moser D, Tateno A, Crespo-Facorro B, Arndt S. Major depression following traumatic brain injury. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(1):42-50. https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.1.42

44. Аствацатуров М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы. Статистические данные о душевных заболеваниях в различных армиях. *Военно-медицинский журнал*. 1912;235:68-88.
Astvatsaturov MI. Dushevnye bolezni v svyazi s usloviyami voennoj sluzhby. Statisticheskie dannye o dushevnykh zabolevaniyakh v razlichnykh armiyakh. *Voenno-meditsinskij zhurnal*. 1912;235:68-88. (In Russ.)

45. Малкин П.Ф. *Вопросы психиатрии военного времени и задачи клинической психиатрии в послевоенный период*. Вопросы психиатрии военного времени. Свердловск; 1947.
Malkin PF. *Voprosy psikhiatrii voennogo vremeni i zadachi klinicheskoj psikhiatrii v poslevoennyj period*. Voprosy psikhiatrii voennogo vremeni. Sverdlovsk; 1947. (In Russ.)

46. Мясищев В.Н., Белозерский Г.Г., Зарубина Е.Н., Яковлева Е.К. *Реактивные состояния военного времени по данным невро-психиатрических диспансеров*. Нервно-психические заболевания военного времени (По материалам ленинградских конференций 1942—1943 гг.). Л.: Гос. изд-во мед. литературы; 1945.
Myasishchev VN, Belozersky GG, Zarubina EN, Yakovleva EK. *Reaktivnye sostoyaniya voennogo vremeni po dannym nevro-psikhiatricheskikh dispanserov*. Nervno-psikhicheskie zabolevaniya voennogo vremeni (Po materialam leningradskikh konferentsij 1942—1943 gg.). L.: Gos. isd-vo med. literatury; 1945. (In Russ.)

47. Stokes JW. *Management of combat stress. Proceedings of the international symposium on the problem of public health and disasters*. Mexico; 1984.

48. Гиляровский В.А. *Сомато-психогенные параноиды военного времени*. Труды Военно-морской медицинской академии. Л.: ВММедА; 1944.
Gilyarovsky VA. *Somato-psikhogennye paranoidy voennogo vremeni*. Trudy Voenno-morskoj meditsinskoj akademii. L.: VMMedA; 1944. (In Russ.)

49. Сухарева Г.Е. Соматогенные астенические депрессии и параноиды военного времени. *Невропатология и психиатрия*. 1944;13(5):18-23.
Sukhareva GE. Somatogennie astenicheskie depressii i paranoidy voennogo vremeni. *Nevropatologiya i psikhiatriya*. 1944;13(5):18-23. (In Russ.)

50. Жислин С.Г. *Очерки клинической психиатрии*. М.: Медицина; 1965.
Zhislin SG. *Ocherki klinicheskoj psikhiatrii*. M.: Meditsina; 1965. (In Russ.)

51. Иванов Ф.И. *Реактивные психозы в военное время*. Л.: Медицина; 1970.
Ivanov FI. *Reaktivnye psikhozy v voennoe vremya*. L.: Meditsina; 1970. (In Russ.)

52. Пивень Б.Н. *Экзогенно-органические заболевания головного мозга*. М.: Медицина; 1998.
Piven BN. *Ekzogenno-organicheskie zabolevaniya golovnogo mozga*. M.: Meditsina; 1998. (In Russ.)

53. Погодина Т.Г. Структура посттравматических нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов. *Неврологический вестник*. 2004;36(1-2):16-20.
Pogodina TG. Struktura posttravmaticheskikh nervno-psikhicheskikh rasstrojstv u uchastnikov local'nykh vooruzhennykh konfliktov. *Nevrologichekij vestnik*. 2004;36(1-2):16-20. (In Russ.)

54. Шереметьева И.И. *Экзогенно-органические психические расстройства в общей структуре психических заболеваний (клинико-эпидемиологическое исследование):* дисс. ... докт. мед. наук. М. 2008.
Sheremetieva II. *Ekzogenno-organicheskie psikhicheskie rasstrojstva v obshchej strukture psikhicheskikh zabolevanij (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie):* diss. ... dokt. med. nauk. M. 2008. (In Russ.)

55. Bryant RA. Disentangling mild traumatic brain injury and stress reactions. *N Engl J Med*. 2008;358:5:525-527.
https://doi.org/10.1056/NEJMe078235

56. Hoge CW, Mc Gurk D, Thomas JL. Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *N Engl J Med*. 2008;358:453-463.
https://doi.org/10.1056/NEJMoa072972

57. Kennedy JE, Jaffee MS, Leskin GA. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder-like symptoms and mild traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2007;44:895-920. PMID: 18075948.

58. Одинак М.М., Емельянов А.Ю. Классификация и клинические проявления последствий черепно-мозговых травм. *Военно-медицинский журнал*. 1998;1:46-51.
Odinak MM, Emelyanov AYu. Klassifikatsiya i klinicheskie proyavleniya posledstvij cherepno-mozgovykh travm. *Voenno-meditsinskij zhurnal*. 1998;1:46-51. (In Russ.)

59. Fulerton CS, Ursano RJ. *Posttraumatic stress disorder*. NY. 1997.

60. Голодец Р.Г., Каплан А.А. Психические нарушения в клинике отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы. *Журнал неврологии и психиатрии*. 1989;89(6):77-82.
Golodets RG, Kaplan AA. Psikhicheskie narusheniya v klinike otdalennykh posledstvij zakrytoj cherepno-mozgovoj travmy. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 1989;89(6):77-82. (In Russ.)

61. Meares S, Shores EA, Taylor AJ, Batchelor J, Bryant RA, Baguley IJ, Chapman J, Gurka J, Dawson K, Capon L, Marosszeky JE. Mild traumatic brain injury does not predict acute postconcussion syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79:300-306.
https://doi.org/10.1136/jnnp.2007.126565

62. Шогам И.И. Отдаленные последствия закрытых черепно-мозговых травм. *Журнал неврологии и психиатрии*. 1989;89(5):141-145.
Shogam II. Otdalennye posledstviya zakrytykh cherepno-mozgovykh travm. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 1989;89(5):141-145. (In Russ.)

63. Осипов В.П. *Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача*. Вопросы психиатрической практики военного времени. Л.: Гос. изд-во мед. литературы; 1941.
Osipov VP. *Osnovy raspoznavaniya psikhozov i psikhoticheskikh sostoyanij v praktike voennogo vracha*. Voprosy psikhiatricheskoj praktiki voennogo vremeni. L.: Gos. izd-vo med. literatury; 1941. (In Russ.)

64. Kolb LC. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *Amer J Psychiatry*. 1987;144(8):989-995.
https://doi.org/10.1176/ajp.144.8.989

65. Milian G. Гипноз битв (Реферат С. Суханова). *Психиатрическая газета*. 1915;17:276-278.
Milian G. Gipnoz bitv (Referat S. Sukhanova). *Paikhiatricheskaya gazeta*. 1915;17:276-278. (In Russ.)

66. Давиденков С.Н. К вопросу об острых психозах военного времени. 1. Истерические формы. *Психиатрическая газета*. 1915;20:321-325.
Davidenkov SN. K voprosu ob ostrykh psikhozakh voennogo vremeni. 1. Isthericheskie formy. *Psikhiatricheskaya gazeta*. 1915;20:321-325. (In Russ.)

67. Иванов-Смоленский А.Г. *О нарушениях нервной деятельности контузионно-коммоционного происхождения*. Военно-медицинский сборник. М.: Изд-во АН СССР; 1945;2:193-198.
Ivanov-Smolensky AG. *O narusheniyakh nervnoj deyatel'nosti kontuzionno-kommotsionnogo proiskhozhdeniya*. Voenno-meditsinskij sbornik. M.: Izd-vo AN SSSR; 1945;2:193-198. (In Russ.)

68. Тимофеев Н.Н. *Предварительные итоги из опыта организации невропсихиатрической помощи в Великую Отечественную войну*. Тр. Центр. ин-та психиатрии МЗ РСФСР. М. 1947;3:60-80.
Timofeev NN. *Predvaritel'nye itogi iz opyta organizatsii nevropsikhiatricheskoj pomoshchi v Velikuyu Otechestvennuyu vojnu*. Tr. Tsentr. in-ta psikhiatrii MZ RSFSR. M. 1947;3:60-80. (In Russ.)

69. Kardiner A. *The traumatic neuroses of war*. New York, London; 1941.

70. Сухарева Г.Е. *Психогенный тип реакций с депрессивно-бредовым синдромом*. Проблемы психиатрии военного времени. М. 1945:219-226.
Sukhareva GE. *Psikhogennyj tip reaktsij s depressivno-bredovym sindromom*. Problemy psikhiatrii voennogo vremeni. M. 1945:219-226. (In Russ.)

71. Краснушкин Е.К. *Психогении военного времени*. Нервные и психические заболевания военного времени. Сб. науч. работ. Под ред. А.С. Шмарьяна. М. 1948:245-252.
Krasnushkin EK. *Psikhogenii voennogo vremeni*. Sb. nauch. rabot. Ed. AS Shmaryan. M. 1948:245-252. (In Russ.)

72. Гольденберг С.И. О закрытых травмах мозга с картиной так называемого травматического невроза. *Невропатология и психиатрия*. 1943; 12(5):30-35.
Goldenberg SI. O zakrytykh travmakh mozga s kartinoj tak nazyvaemogo travmaticheskogo nevroza. *Nevropatologiya i psikhiatriya*. 1943;12(5):30-35. (In Russ.)

73. Аптер И.М. *Клинико-патофизиологическая характеристика системных неврозов*. Пограничные состояния. М. 1965:209-217.
Apter IM. *Kliniko-patofiziologicheskaya kharakteristika sistemnykh nevrozov*. Pogranichnye sostoyaniya. M. 1965:209-217. (In Russ.)

74. Alexander F. *Psychosomatic medicine*. New York: Norton and Co; 1987.

75. Lipowski ZJ. Somatization — the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychother Psychosom*. 1987; 47:160-167.
https://doi.org/10.1159/000288013

76. *Psychosomatic Medicine*. Ed. by A Munro. London. 1973:95.

77. Марилов В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2006;1:21-23.
Marilov VV. Perekhod funktsional'nogo rasstrojstva v organicheskij psikhosomatoz. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii*. 2006;1:21-23. (In Russ.)

78. Сукиасян С.Г. *Соматизированные психические нарушения (клиническая концепция развития)*. Ереван: Магистрос; 1996.
Sukiasyan SG. *Somatizirovannye psikhicheskie narusheniya (klinicheskaya kontseptsiya razvitiya)*. Yerevan: Magistros; 1996. (In Russ.)

79. Сукиасян С.Г., Маргарян С.П., Манасян Н.Г. О некоторых взаимоотношениях между различными радикалами в рамках аффективной патологии: уровни депрессии, соматизации и тревожности. *Рос. психиатр. журнал*. 2009;1:49-56.

Sukiasyan SG, Margaryan SP, Manasyan NG. O nekotorykh vzaimootnosheniyakh mezhdu razlichnymi radikalami v ramkakh affektivnoj patologii: urovni depressii, somatizatsii i trevozhnosti. *Ros. psikhiatr. zhurnal.* 2009;1:49-56. (In Russ.)

80. Groen JJ. *Social change and psychosomatic disease.* Society, stress and disease. L Levi, ed. London—New York—Toronto. 1971;1:91-109.
81. Вейн А.М. *Церебрально-вегетативные сдвиги при соматических заболеваниях нейрогенной природы.* Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях. М. 1979:80-82.
Veyn AM. *Tserebral'no-vegetativnye sdivigi pri somaticheskikh zabolevaniyakh nejrogennoj prirody.* Narusheniya nervnoj sistemy i psikhicheskoj deyatel'nosti pri somaticheskikh zabolevaniyakh. M. 1979:80-82. (In Russ.)
82. Weiner H. The prospects for psychosomatic medicine-selected topics. *Psychosom Med.* 1982;44:491-517.
https://doi.org/10.1097/00006842-198212000-00002
83. Gosling RH. Peptic ulcer and mental disorder. *J Psychosom Res.* 1958;2:285-301.
84. Heerlein A, De la Parra G, Aronsohn S, Lolas F. Affective expression in organic and functional gastrointestinal disease. *Psychother Psychosom.* 1984;42:152-155.
https://doi.org/10.1159/000287839
85. Максименко Н.А. Профилактика пограничных психических расстройств у лиц, перенесших черепно-мозговую травму. *Архив психиатрии.* 2009;15:2(57):10-13.
Maksimenko NA. Profilaktika pogranichnykh psikhicheskikh rasstrojstv u lits, perenesshikh cherepno-mozgovuyu travmu. *Arkhiv Psikhiatrii.* 2009;15:2(57):10-13. (In Russ.)
86. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С., Бабаханян А.А., Киракосян А.Л. Соматоформная динамика посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий. *Российский психиатрический журнал.* 2006;3:78-85.
Sukiasyan SG, Manasyan NG, Chshmarityan SS, Babakhanyan AA, Kirakosyan AL. Somatoformnaya dinamika posttravmaticheskikh rasstrojstv u uchastnikov boevykh dejstvij. *Rossijskij psikhiatricheskij zhurnal.* 2006;3:78-85. (In Russ.)
87. Selye H. *Stress without distress.* New York: Hodder; 1974.
88. Адо А.Д. *Вопросы общей нозологии.* М.: Медицина; 1985.
Ado AD. *Voprosy obshchej nozologii.* M.: Meditsina; 1985. (In Russ.)
89. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства.* Руководство для врачей. М.: Медицина; 1993.
Aleksandrovsky YuA. *Pogranichnye psikhicheskie rasstrojstva.* Rukovodstvo dlya vrachej. M.: Meditsina; 1993. (In Russ.)
90. Mason JW. A re-evaluation of the concept of «non-specifity» in stress theory. *J Psychiat Res.* 1971;8:323-333.
https://doi.org/10.1016/B978-0-08-017007-7.50018-5
91. McDaniel EG. *Psychological response to disasters.* Medicine for disaster. Ed. by P Baskett, R Weller. London—Boston: Wright; 1988.
92. Rahe RH. Acute versus chronic post-traumatic stress disorder. *Integr Physiol Behav Sci.* 1993;28(1):46-56.
https://doi.org/10.1007/BF02691199
93. Solomon Z, Mikulincer M, Waysman M, Marlowe DH. Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder. I. Differential clinical characteristics. *Soc Psychiatry & Psychiatr Epidemiol.* 1991;26(1):1-7.
https://doi.org/10.1007/BF00783573
94. Сукиасян С.Г. Особенности посттравматических стрессовых нарушений после землетрясения в Армении. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.* 1993;1:61-70.
Sukiasyan SG. Osobennosti posttravmaticheskikh stressovykh narushenij posle zemletryaseniya v Armenii. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii.* 1993;1:61-70. (In Russ.)
95. Blair DT, Hildreth NA. PTSD and the Vietnam veteran: the battle for treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1991;29(10):15-20.
96. Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder. The stressor criterion. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(5):255-264.
https://doi.org/10.1097/00005053-198705000-00001
97. Everly GS Jr. Psychotraumatology: a two-factor formulation of posttraumatic stress. *Integr Physiol Behav Sci.* 1993;28(3):270-278.
https://doi.org/10.1007/BF02691244
98. Green BL, Lindy JD, Grace MC. Posttraumatic stress disorder. Toward DSM-IV. *J Nerv Ment Dis.* 1985;173(7):406-411.
https://doi.org/10.1097/00005053-198507000-00004
99. Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar Ch. Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1987;175(5):267-268.
https://doi.org/10.1097/00005053-198705000-00003
100. Long N, Chamberlain K, Vincent C. The health and mental health of New Zealand Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *N Z Med J.* 1992;105(944):417-419. PMID:1297934.
101. McFarlane AC. The longitudial course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis.* 1988;176(1):30-39.
https://doi.org/10.1097/00005053-198801000-00004
102. Fontana A, Rosenheck R. Posttraumatic stress disorder among Vietnam Theater Veterans. A causal model of etiology in a community sample. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(12):677-684.
https://doi.org/10.1097/00005053-199412000-00001
103. Kubany ES. A cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *J Traum Stress.* 1994;7(1):3-19.
https://doi.org/10.1002/jts.2490070103
104. Long N, Chamberlain K, Vincent C. Effect of the Gulf War on reactivation of adverse combat-related memories in Vietnam veterans. *J Clin Psychol.* 1994;50(2):138-144.
https://doi.org/10.1002/1097-4679(199403)50:2<138::AID-JCLP2270500203>3.0.CO;2-T
105. Mason J, Southwick S, Yehuda R, Wang S, Riney S, Bremner D, Johnson D, Lubin H, Blake D, Zhou G, Gusman F, Charney D. Elevation of serum free triiodothyronine, total triiodothyronine, thyroxine-binding globulin, and total thyroxine levels in combat-related posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51(8):629-641.
https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950080041006

Поступила 29.08.2019
Received 29.08.2019
Принята к печати 14.02.2020
Accepted 14.02.2020