

Посттравматическое стрессовое расстройство

Н.Н. Петрова¹, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Медицинского института СПбГУ

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Медицинский институт (199106, г. Санкт-Петербург, 21-я линия Васильевского острова, 8А)

Обзор посвящен рассмотрению различных аспектов посттравматического стрессового расстройства, раскрывает актуальность проблемы, описывает его диагностические критерии, подходы к оказанию психиатрической помощи, рекомендации по фармакотерапии.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, понятие, диагностика, коморбидность, терапия, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), сертралин.

Post-traumatic stress disorder

N.N. Petrova¹, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, St. Petersburg State University Medical Institute

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Saint Petersburg State University" Medical Institute (199106, Saint Petersburg, 21st line of Vasilievsky Island, 8A)

This review examines various aspects of post-traumatic stress disorder and reveals the relevance of the problem, describes its diagnostic criteria, and approaches to providing psychiatric care.

Keywords: post-traumatic stress disorder, concept, diagnosis, comorbidity, therapy, selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), Sertraline.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — отставленное психическое расстройство, в основе которого лежит столкновение индивидуума с тяжелым психотравмирующим событием. Согласно эпидемиологическим данным, распространенность ПТСР среди населения в среднем составляет 6–9 % [1, 2]. Доля пациентов с симптомами ПТСР среди пациентов с психическими расстройствами заметно больше и достигает 40–50 % [3]. По данным крупного национального исследования в США распространенность ПТСР в течение жизни среди взрослых составила 7,8 %, 10 % среди женщин и 5 % среди мужчин [1]. Согласно проведенному в Германии в 2018 году исследованию, показатели распространенности за месяц для ПТСР составили 1,5–3 % [2].

Показана высокая распространенность коморбидного ПТСР у лиц с депрессией, тревожным и паническим расстройством [4, 5]. Диагностика ПТСР у пациентов с коморбидными аффективными расстройствами сопряжена с определенными трудностями. Перекрывающиеся симптомы, например, такие, как нарушения сна, повышенная раздражительность и снижение когнитивных функций, могут усложнять распознавание ПТСР [6]. Наличие сопутствующего ПТСР у лиц с аффективными расстройствами часто приводит к худшим результатам лечения по сравнению с лицами без ПТСР. Взаимодействие между двумя расстройствами может усугубить тяжесть симптомов, снизить общее качество жизни и затруднить достижение

ремиссии [7, 8]. Для достижения оптимальных результатов лечения у лиц с ПТСР и проявлениями аффективных расстройств необходимы сложные модели лечения, включающие не только стандартные терапевтические методы лечения расстройств аффективного спектра, но также ориентированную на травму терапию, в частности, когнитивно-поведенческую терапию [9].

Клинически ПТСР во многом обнаруживает сходство с депрессивными и тревожными расстройствами, однако решающая роль при постановке диагноза отводится именно наличию травматического фактора в анамнезе, а вероятность развития заболевания зависит как от самого травматического фактора (в частности, от его значимости и продолжительности), так и от индивидуальных особенностей психики отдельного человека [10]. ПТСР обозначает интенсивную и пролонгированную реакцию на сильные стрессоры, к которым традиционно относят природные и техногенные бедствия, столкновение с физическим насилием или иным событием, представляющим угрозу для жизни [11]. Симптомы обычно возникают в течение полугода после перенесенного события [12]. К классическим проявлениям ПТСР относят [10, 13]:

- симптомы вторжения, проявляющиеся непроизвольными, мучительными воспоминаниями о травмирующем событии (флешбеками), ночными кошмарами;
- избегание мыслей, чувств, разговоров, мест, связанных с травмирующим событием;

- симптомы возрастающего возбуждения: раздражительность, вспышки гнева;
- когнитивные нарушения, проявляющиеся в выраженном снижении концентрации внимания, ухудшении памяти;
- снижение интереса к окружающему и чувство отстраненности.

Таким образом, ПТСР является комплексным соматическим, когнитивным и аффективным ответом на воздействие травмирующего события и приводит к значительному нарушению качества жизни и социальной изоляции индивидуума, вплоть до изменения его личности [12, 14].

Актуальным вопросом остается понимание природы травматического события. Насколько широко понятие «травма» и валидно ли измерение интенсивности ее воздействия? Возможно ли ограничиться строгим набором ситуаций, расцениваемых как катастрофические, если восприятие каждого события зависит как от субъективной оценки его индивидуумом, так и от его личностных особенностей [15]?

Распространенность различных травматических событий в популяции достаточно высока. Столкновение с потенциально травматическим событием в течение жизни регистрируется у 70 % населения. При этом в среднем на душу населения приходится по 2 травмы, связанных с различными событиями [16]. Тем не менее, симптоматика ПТСР манифестирует не у всех индивидуумов, переживших какое-либо травматическое событие [10, 12, 17]. Отечественное эпидемиологическое исследование свидетельствует о значительной распространенности ПТСР среди лиц, проживающих в зоне военных действий (31,2 %), а частота встречаемости среди гражданского населения, не подвергающемуся воздействию стрессовых факторов военного времени, составила 3,6 % [18]. Понятие «психическая травма» включает в себя не только любые ситуации, которые могут представлять опасность для человека (например, физическое или сексуальное насилие, несчастные случаи), но и события, сопряженные с выраженным субъективным чувством беспомощности, страха, тревоги [10, 17]. Для возникновения симптоматики ПТСР необходимы дополнительные условия. Так, исследования показали, что определенные типы травматических событий сопряжены с большей частотой развития ПТСР. В частности, вероятность появления симптомов ПТСР выше после травм, нанесенных умышленно: физическое и сексуальное насилие, истязательства. У жертв природных катастроф, несчастных случаев риск развития ПТСР в несколько раз ниже, чем у лиц, столкнувшихся с различными формами насилия [19, 20]. К одним из самых распространенных травматических событий, повлекших за собой развитие ПТСР, относится смерть эмоционально значимого человека — родителя, родственника,

близкого друга, столкновение с сексуальным или физическим насилием, получение физических повреждений после аварии. Согласно ряду исследований, в последнее время возросла частота ПТСР после психотравмирующих событий, связанных с тяжелым заболеванием (11,8 % от общего числа психических травм) [16, 17]. Немаловажны также травмирующие переживания, в которых индивидуум выступал свидетелем, например, был свидетелем гибели другого человека, физического насилия по отношению к другому человеку [16]. Помимо характера травм значимо количество пережитых травматических событий. Подверженность неоднократному воздействию различных психотравм в течение жизни сопряжено с более высоким риском развития ПТСР, даже при условии, что каждое психотравмирующее событие в отдельности было не критическим по своему характеру. Особенно сильно влияние фактора повторного столкновения с травмирующими событиями, если первая психотравма была пережита в детском возрасте [17, 21]. Таким образом, при диагностике ПТСР важно учитывать возможность «накопления» травматического опыта в течение жизни [21, 22].

Несмотря на то, что наличие самого факта травмы, ее характер является ключевым звеном в развитии ПТСР, считается, что травмирующее событие выступает лишь одним из факторов, способствующих развитию данного заболевания [21, 23]. Факторы, повышающие риск развития ПТСР, можно разделить на три группы: предтравматические, перитравматические (собственно травма), посттравматические [1, 23, 24].

К предтравматическим факторам относят женский пол [1]. Женщины склонны к развитию ПТСР в два раза больше, чем мужчины [23, 25], что может быть связано как с более высокой частотой столкновения женщин с насилием, в частности, сексуальным, так и с более высоким уровнем нейротизма [21, 23], депрессии [25]. К этим факторам также относят низкий уровень образования и/или низкий IQ, а высокий уровень образованности и интеллекта отрицательно коррелирует с риском развития ПТСР [21, 23–25]. Детские травмы считаются фактором риска развития ПТСР [21–23]. Принадлежность к этническим и сексуальным меньшинствам также ассоциирована с риском ПТСР [21, 23]. Перитравматические факторы включают характер травматического события, причем наиболее высокий риск развития ПТСР связан с физическим или сексуальным насилием, например, у половины жертв сексуального насилия выявляется симптоматика ПТСР [26, 27]. К группе риска относятся лица, находящиеся в местах лишения свободы [28, 29], больные с жизнеугрожающим соматическим заболеванием, например, онкологическим, больные с острым нарушением мозгового кровообращения [30, 31],

участники дорожно-транспортных происшествий [32]. Тяжелая патология беременности и родов может стать причиной ПТСР у женщин [33, 34]. Профессии, связанные с необходимостью прибегать к физическому насилию, также связаны с более высоким риском развития ПТСР [35, 36]. Для развития ПТСР имеет значение продолжительность травмирующего воздействия [37]. Возникновение «перитравматической диссоциации» в момент травмы может являться защитным механизмом, но при этом служить предиктором развития ПТСР [1, 24]. Одним из важнейших посттравматических факторов, способных снизить риск развития ПТСР, является социальная поддержка [1, 23, 24], когнитивная гибкость [23].

ЭВОЛЮЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ПТСР

Американская психиатрическая ассоциация впервые использовала термин «ПТСР» в третьем издании Диагностического руководства по психическим расстройствам (DSM-III) в 1980 году, введя основные критерии диагностики расстройства [38, 39], причем травматическим считалось событие «выходящее за рамки привычного человеческого опыта» и «способное вызвать значительные симптомы дистресса практически у каждого человека» [40]. Критику вызвал критерий столкновения субъективного и объективного аспекта в отношении восприятия травмы в формулировке «способное вызвать значительные симптомы дистресса практически у каждого человека» [41]. В DSM-III-R был предоставлен список травматических событий, включая новую категорию травматического события, связанного с непрямым воздействием, а именно «узнавание о серьезной угрозе или причинении вреда близкому другу или родственнику» [41].

В DSM-IV критерий, определяющий травматическое событие, был подразделен на две части: критерий A1 определяет тип («пережил, стал свидетелем или столкнулся с этим») и характер события («угрожающая смерть или серьезная травма, или угроза физической неприкосновенности»), а критерий A2 описывает реакцию индивидуума на травматическое событие, включающую «сильный страх, беспомощность или ужас» [42].

Разграничение потенциально травмирующих событий и других стрессовых событий остается одним из наиболее спорных и сложных аспектов диагностики ПТСР [43]. В DSM-5 ПТСР было выделено в отдельную диагностическую категорию для расстройств, связанных с травмой, в то время как в предыдущих изданиях эта патология классифицировалась как тревожное расстройство, и вновь был пересмотрен критерий A, а именно был удален критерий A2, обозначающий, что травма-

тическое событие вызывает «сильный страх, ужас» у индивидуума, так как было выявлено, что повторяющаяся умеренная травма, которая не всегда сопровождается выраженной субъективной реакцией, также может приводить к ПТСР [44–46]. Устранение критерия A2 сделало также возможным учитывать травматические события, которые происходили с индивидуумом в период измененного сознания (сильное опьянение, отравление наркотическими веществами и пр.) [24]. Вследствие упразднения критерия A2 распространенность ПТСР по критериям DSM-5 превышала таковую по DSM-IV (6,7 % против 5,9 % от общей выборки) [47]. В DSM-5 был выделен диссоциативный подтип ПТСР, определяемый на основе наличия повторного переживания либо деперсонализации, либо дереализации, наиболее часто ассоциированный с сексуальной травмой [48] и характеризующийся одним из наиболее высоких уровней диссоциации [49].

В МКБ-11 концепция ПТСР становится более узкой, которая не позволяет выставить диагноз на основании неспецифичных симптомов и стремится выделить то, что уникально для ПТСР [50, 51].

Предложенное МКБ-11 определение критерия A описывает подверженность чрезвычайно угрожающему или ужасающему событию, или серии событий. Выделены три стержневых признака ПТСР: повторное переживание травмы; избегание напоминаний о событии; состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга. Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования [52]. Более строгое и емкое определение диагностических критериев в МКБ-11 привело к значительному снижению распространенности ПТСР в соответствии с новой классификацией по сравнению с МКБ-10. По результатам исследования, проведенного в Австралии, распространенность ПТСР согласно критериям МКБ-11 составила 3,3 %, в то время как в соответствии с МКБ-10 — 9,0 %. Лица с диагнозом ПТСР по критериям МКБ-10, но не удовлетворившие критериям МКБ-11, не соответствовали требованиям наличия повторного переживания симптомов и значительного ухудшения функционирования [47]. Полагают, что трехфакторная структура ПТСР в МКБ-11 обычно обеспечивает выявление случаев тяжести, сопоставимой с таковыми по DSM-5 [50].

В МКБ-11 появилась новая диагностическая категория — осложненное (комплексное) ПТСР (К-ПТСР) [51]. К-ПТСР, согласно МКБ-11, требует длительного существования расстройства (например, на протяжении нескольких лет) и сочетания трех описанных выше групп симптомов с дополнительными признаками: (1) трудности в регуляции эмоций, (2) негативная «я-концепция» (то есть,

негативные убеждения в отношении ценности своей личности, наряду с чувством вины и стыда); и (3) межличностные нарушения (то есть избегание отношений, отчуждение и отсутствие эмоциональной близости в отношениях) [53]. К-ПТСР особенно нацелено на состояния, при которых имел место длительный и/или повторяющийся травматический опыт, которого нельзя было избежать. В эту категорию можно отнести психотравмы, полученные в детстве, а также в тюрьме [43, 44, 50]. Переживание повторных травматических событий в раннем возрасте может оказывать влияние на становление процессов саморегуляции и адекватного самовосприятия, формируется негативная “я-концепция” и стойкое нарушение функционирования [54]. Длительное нарушение функционирования в сочетании с изменениями личностной идентичности отличает К-ПТСР от ПТСР [55, 56]. Лиц с К-ПТСР также отличала значительная выраженность диссоциативных реакций по сравнению с ПТСР [57]. В целом, в МКБ-11 есть тенденция к сужению критериев ПТСР.

КОМОРБИДНОСТЬ

ПТСР отличается высокой коморбидностью, в т.ч. с расстройствами аффективного спектра, как среди гражданского населения, так и среди военных [58–62]. Регистрируемая коморбидность может быть диагностическим артефактом из-за общности критериев в классификациях [63]. Существуют данные, что ПТСР может вуалироваться аффективной симптоматикой [64]. Для коморбидности ПТСР и депрессии характерно повышение риска суицида [65], особенно после травм, связанных с насилием [66].

Недиагностированное ПТСР может выступать причиной резистентности антидепрессивной терапии [8]. Некоторые авторы считают, что следует заподозрить ПТСР у пациентов с депрессивными симптомами, сохраняющимися на протяжении более двух лет [67]. Считают, что целесообразно проведение скрининга на ПТСР среди пациентов с аффективными расстройствами и наличием травматического события в анамнезе [64, 67, 68]. Из 410 взрослых пациентов с депрессией из 18 стран / регионов 62,68 % обнаружили ПТСР [68].

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПТСР

Лечение ПТСР представляет собой сочетание психотерапевтических методик и медикаментозной терапии. Виды психотерапии, доказавшие наибольшую эффективность при лечении ПТСР (т.н. травма-фокусированные методы психотерапии), включают когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), экспозиционную терапию, де-

сенсификацию и переработку движениями глаз (ДПДГ) [69]. КПТ считается золотым стандартом психотерапии данного расстройства [9, 69]. Метаанализ 114 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), опубликованный в 2020 г., показал, что применение КПТ продемонстрировало выраженный терапевтический эффект [70]. Метаанализ Chen с соавт. показал некоторое превосходство ДПДГ по сравнению с КПТ в отношении уменьшения тяжести симптомов гипервозбуждения и избегания [71]. Согласно систематическому обзору Lee с соавт., травма-фокусированная психотерапия показывает лучшие результаты лечения по сравнению с лекарственной терапией [72]. Тем не менее, при прямом сравнении эффективности двух терапевтических подходов в РКИ, проведенном в 2018 г., не было обнаружено различий в изменении симптомов ПТСР между группами пациентов, получавших лечение сертралином и пролонгированной экспозиционной терапией [73]. Есть мнение, что применение медикаментозного лечения рекомендовано только после неэффективности психотерапевтических методов [74].

Препаратами первой линии в лечении ПТСР являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). В систематическом обзоре *Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)*, опубликованном в 2022 г., было выявлено положительное влияние СИОЗС на число пациентов с ПТСР, ответивших на лечение (58 %), по сравнению с группой плацебо (35 %). Статистическая достоверность полученных данных подтверждается коэффициентом риска 0,66, который указывает на то, что в группе СИОЗС, по сравнению с плацебо, большее число участников отметили значимое улучшение состояния по шкале *Clinical Global Impression (CGI-I)*. Препараты из группы СИОЗС продемонстрировали высокую эффективность в отношении тревожно-депрессивной симптоматики и наиболее выражено, по сравнению с препаратами других классов, уменьшают проявления всех симптомов ПТСР [75].

Согласно отечественным и международным клиническим рекомендациям, СИОЗС сертралин и пароксетин являются препаратами первой линии выбора фармакотерапии и одобрены FDA для лечения ПТСР [75, 76]. На фоне терапии сертралином у пациентов снижается частота и интенсивность эмоционально травмирующих сновидений, уменьшается тревога и гипервозбудимость. Препарат воздействует на все кластеры симптомов ПТСР, значительно улучшая качество жизни этой сложной категории пациентов [81].

Сертралин назначается в дозе 25 мг/сут, а затем доза титруется до 50–100 мг/сут. Препарат хорошо переносится, стойкий терапевтический эффект обычно достигается через 4–6 недель [81].

Из группы СИОЗС и норадреналина в качестве препарата первой линии рассматривается венла-

КОММЕНТАРИЙ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Данные клинических исследований и метаанализов уверенно подтверждают эффективность сертралина у пациентов с различными клиническими проявлениями посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1]. В двойном слепом рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании с участием ветеранов ирано-иракской войны ($n = 70$) применение сертралина в дозах 50–200 мг/сут в течение 10 недель статистически достоверно снижало выраженность симптомов ПТСР [3]. Высокая эффективность сертралина доказана у пациентов с ПТСР, связанным с межличностной травмой или жестоким (абузивным) обращением в детстве ($n = 395$). Согласно полученным результатам число ответивших на терапию в группе сертралина было в 2,51 (1,58; 3,99) раз выше, чем в группе плацебо. Эффективность антидепрессанта продемонстрирована как в группе пациентов с межличностной травмой, так и в группе с абузивным обращением в детстве [4]. Обладая внушительной доказательной базой, хорошим профилем переносимости, сертралин может быть рекомендован пациентам с различными клиническими проявлениями ПТСР [1–7].

С 2007 г. компания АО «Ранбакси» поставляет в РФ препарат Серлифт (мнн: сертралин), который подтвердил полную биоэквивалентность оригинальному сертралину и помог более чем восьми тысячам пациентов [5, 6, 8].

Резюмируя приведенные выше данные, можно сделать вывод о том, что Серлифт (мнн: сертралин) является препаратом первой линии выбора терапии ПТСР [5].

Литература

1. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, et al. J Clin Psychiatry. 2013 Jun;74(6):e541-50.
2. Sertraline Hardeep K. Singh, Abdolreza Saadabadi. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. 2023 Feb 13.
3. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial on the efficacy and tolerability of sertraline in Iranian veterans with post-traumatic stress disorder. Panahi Y. et al. Psychological Medicine (2011), 41, 2159–2166.
4. Efficacy of Sertraline in Posttraumatic Stress Disorder Secondary to Interpersonal Trauma or Childhood Abuse. Stein D.J. et al. Annals of Clinical Psychiatry, 2006;18[4]:243–249.
5. ОХЛП Серлифт ЛП-N=(011347)-(РГ-RU) от 19.08.2025.
6. Сертралин (СЕРЛИФТ) в комплексной терапии депрессий (натуралистическое исследование. Колуюцкая Е.В. Практическая медицина. 2014;2(78): 141-144.
7. Клинические рекомендации МЗ РФ, Посттравматическое стрессовое расстройство, 2023.
8. База данных IQVIA 2007-2025. <https://reports.solutions.iqvia.com/>

факсин [75]. Антагонист альфа-1 адренорецепторов празозин показал высокую эффективность в отношении редукции ночных кошмаров и улучшения качества сна [77, 78]. Данные систематического обзора Guina с соавт. в отношении эффективности бензодиазепинов в лечении ПТСР указывают на то, что потенциальные побочные эффекты и риск развития толерантности к препарату перевешивают потенциальную пользу от применения данной группы препаратов при ПТСР [79].

При лечении ПТСР с выраженной тревожно-депрессивной и диссоциативной симптоматикой возможно применение атипичных антипсихотиков, например, кветиапина [80]. Несмотря на наличие умеренного положительного эффекта в отношении симптомов избегания, повторного переживания, гипервозбуждения и диссоциативных симптомов, антипсихотики не являются рекомендуемыми препаратами для первой линии лечения в связи с их многочисленными побочными эффектами [75].

Литература

1. Geddes, J. New Oxford Textbook of Psychiatry / J. Geddes, N. Andreason, G. Goodwin. — 3rd Edition. — Oxford: Oxford University Press, 2020. — 1536 с.
2. Maercker, A. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample / A. Maercker, T. Hecker, M. Augsburger, S. Kliem. // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2018. — Т.206. — №4. — С. 270-276.
3. Lu, W. Predictors of undocumented PTSD in persons using public mental health services / W. Lu, J. Srijevanthan, K. T. Mueser et al. // Psychiatry Research. — 2022. — № 317. — e114892.
4. Brady, K. T. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder / K. T. Brady, T. K. Killeen, T. Brewerton, S. Lucerini. // Journal of Clinical Psychiatry. — 2000. — № 61. — С. 22-32.
5. Spinhoven, P. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors / P. Spinhoven, B. W. Penninx, Hemert, A van, M. Rooij. // Child Abuse & Neglect. — 2014. — Т.38. — №8. — С. 1320-1330.
6. Radell, M.L. Depression in post-traumatic stress disorder / M.L. Radell, E.A. Hamza, A.A. Moustafa // Reviews in the Neurosciences. — 2020. — Т.31. — №7. — С. 703-722.
7. Flory, J.D. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations / J.D. Flory, R. Yehuda. // Dialogues in Clinical Neuroscience. — 2015. — Т.17. — №2. — С. 141-150.
8. Togno, J. Is there a role for prazosin in the treatment of post-traumatic stress disorder? / J. Togno, S. Eaton. // Australian Journal for General Practitioners. — 2015. — Т.44. — №9. — С. 647-649.
9. Schäfer, I. Diagnostik und Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung / I. Schäfer. // Die Psychotherapie. — 2020. — Т.65. — №6. — С. 521-532.

10. Herzog, D. Psychiatrie Hoch2 / D. Herzog, D. Turner, K. Lieb. — 1. Auflage. — Mainz: Elsevier GmbH, Deutschland, 2022. — 220 с.
11. Sadock, B. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry / B. Sadock, V. Sadock, P. Ruiz. — 10th Edition. — Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2017. — 4997 с.
12. Васильева, А.В. Психотерапия: Учебник / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанова. — Москва : ГЭОТАР Медиа, 2022. — 864 с.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition / American Psychiatric Association; — Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 с.
14. Sareen, J. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis / J. Sareen. // Uptodate: [сайт]. — URL: <https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathophysiology-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis> (дата обращения: 22.04.2023).
15. Prevalence and risk factors for acute posttraumatic stress disorder during the COVID-19 outbreak / Sun Luna, Sun Zhuoer, Wu Lili et al. // Journal of Affective Disorders. — 2021. — № 283. — С. 123-129.
16. Ronald, C. K. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys / C. K. Ronald, Aguilar-Gaxiola Sergio, Alonso Jordi et al. // European Journal of Psychotraumatology. — 2017. — № 8.
17. H. Glaesmer, Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörungen / H. Glaesmer, B. Matern, W. Rief et al. // Nervenarzt. — 2015. — Т.86. — №7. — С. 800-806.
18. Идрисов, К. А. Эпидемиологическое исследование распространенности посттравматических стрессовых расстройств среди взрослого населения Чеченской Республики на разных этапах военной ситуации / К. А. Идрисов // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 1. — С. 57-64.
19. Frommberger, U. Posttraumatische Belastungsstörung — eine diagnostische und therapeutische Herausforderung / U. Frommberger, Angenendt et al. // DEUTSCHES ÄRZTEBLATT. — 2014. — Т.111. — №5. — С. 59-65.
20. Richardson, K. L. Prevalence estimates of combat-related posttraumatic stress disorder: critical review. / K. L. Richardson, B. C. Frueh, R. Acierno // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. — 2010. — Т.44. — №1. — С. 4-19.
21. Посттравматическое стрессовое расстройство / под. ред. Солдаткина В. — Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2015. — 624 с.
22. Kilpatrick, D.G. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. / D.G. Kilpatrick, H.S. Resnick, M.E. Milanak et al. // Journal of Traumatic Stress. — 2013. — Т.26. — №5. — С. 537-547.
23. Sayed, S. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. / S. Sayed, B.M. Iacoviello, D.S. Charney. // Current Psychiatry Reports. — 2015. — Т.17. — №8. — С. 612.
24. Maercker, A. Die posttraumatische Belastungsstörung / A. Maercker // Traumafolgestörungen / A. Maercker, M. Augsburger. — Heidelberg : Springer Berlin, 2019. — 2. — С. 13-45.
25. Dorte, M. C. Accounting for sex differences in PTSD: A multivariable mediation model / M. C. Dorte, Hansen Maj. // European Journal of Psychotraumatology. — 2015. — № 6. — e26068.
26. Dworkin, E.R. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. / E.R. Dworkin, A.E. Jaffe, M. Bedard-Gilligan, S. Fitzpatrick. // Trauma, Violence, & Abuse. — 2023. — Т.24. — №2. — С. 497-514.
27. Блажевска, В. Симптомы посттравматического стрессового расстройства у женщин, жертв преступления в семье в отношении Македонии / В. Блажевска, Т. Науновски. // Международный научно-исследовательский журнал. — 2015. — Т.1. — №32. — С. 47-48.
28. Facer-Irwin, E. PTSD in prison settings: A systematic review and meta-analysis of comorbid mental disorders and problematic behaviours. / E. Facer-Irwin, N.J. Blackwood, A. Bird et al. // PLOS One. — 2019. — Т.14. — №9. — e0222407.
29. Искандаров, Р.Р. Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин / Р.Р. Искандаров, Р.М. Масагутов, И.А. Салихова [и др.]. // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — № 3. — С. 15-19.
30. Генс, Г.П. Посттравматическое стрессовое расстройство у больных раком яичников / Г.П. Генс, И.Н. Олейникова, Л.И. Коробкова. // Медицинский совет. — 2014. — № 2. — С. 93-97.
31. Кутлубаев, А.А. Стрессовое расстройство после инсульта: частота, факторы риска, подходы к профилактике и лечению / А.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2014. — № 2. — С. 70-74.
32. Craig, A. Psychological impact of injuries sustained in motor vehicle crashes: system-atic review and meta-analysis / A. Craig, Y. Tran, R. Guest et al. // BMJ Open. — 2016. — № 6. — e011993.
33. Pelin, D. Y. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis / D. Y. Pelin, L. Ayers, L. Phillips. // Journal of Affective Disorders. — 2017. — № 208. — С. 634-645.
34. Farren, J. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. / J. Farren, M. Jalmbrant, L. Ameye et al. // BMJ Open. — 2016. — № 6. — e011864.
35. Jaegers, L.A. Posttraumatic Stress Disorder and Job Burnout Among Jail Officers / L.A. Jaegers, M.M. Matthieu, M.G. Vaughn et al. // Journal of Occupational and Environmental Medicine. — 2019. — Т.61. — № 6. — С. 505-510.
36. Голенков, А.В. Распространенность посттравматических стрессовых расстройств у полицейских / А.В. Голенков, С.Н. Савастьянов, Н.Г. Куракина [и др.]. // Вестник современной клинической медицины. — 2014. — № 7. — С. Приложение 1.
37. Wisco, B.E. A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military veterans / B.E. Wisco, B.P. Marx, M.W. Miller et al. // Journal of affective disorders. — 2017. — № 223. — С. 17-19.
38. Kucmin, T. History of trauma and posttraumatic disorders in literature / T. Kucmin, A. Kucmin, A. Nogalski et al. // Psychiatria Polska. — 2016. — Т.50. — №1. — С. 269-281.
39. Weathers, F. W. The criterion a problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma / F. W. Weathers, T. M. Keane // Journal of Traumatic Stress. — 2007. — Т.20. — №2. — С. 107-121.
40. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association;— Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 1980. — 483 с.
41. North C.S., The evolution of PTSD criteria across editions of DSM / C.S. North, A.M. Suris, R.P. Smith, R.V. King // Annals of Clinical Psychiatry. — 2016. — Т.28. — №3. — С. 197-208.
42. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / American Psychiatric Association;— Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 1994. — 886 с.
43. Лощинин, Г.А. К вопросу об этиологии посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР / Г.А. Лощинин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. — 2021. — Т.9. — №2. — С. 125-132.
44. Buhmann, C. B. Diagnostik og behandling af posttraumatisk stress-syndrom / C.B. Buhmann, H.S. Andersen // Ugeskrift for læger. — 2017. — Т.179. — №24. — V12160914.
45. Friedman, M. J. Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next / M.J. Friedman // Journal of Traumatic Stress. — 2013. — Т.26. — №5. — С. 548-556.
46. Weathers, F.W. Redefining posttraumatic stress disorder for DSM-5 / F.W. Weathers // Current Opinion in Psychology. — 2017. — № 14. — С. 122-126.
47. O'Donnell, M.L. Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11 / M.L. O'Donnell, N. Alkemade, A. Nickerson et al. // The British Journal of Psychiatry. — 2014. — Т.205. — №3. — С. 230-235.

48. Deen, A. The dissociative subtype of PTSD in trauma-exposed individuals: a latent class analysis and examination of clinical covariates / A. Deen, S.V. Biedermann, A. Lotzin et al. // *European Journal of Psychotraumatology*. — 2022. — Т.13. — №1. — 2031591.
49. Lysenko, L. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale / L. Lysenko, C. Schmahl, L. Bockhacker et al. // *American Journal of Psychiatry*. — 2018. — Т.175. — № 1. — С. 37-46.
50. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) // *Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)*: [сайт]. — URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257> (дата обращения: 22.04.2023).
51. Maercker, A. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11 / A. Maercker, C.R. Brewin, R.A. Bryant et al. // *Lancet*. — 2013. — Т.175. — №1. — С. 1683-1685.
52. Посттравматическое стрессовое расстройство. // *МКБ-11*: [сайт]. — URL: <https://icd.who.int/browse11/l-ru/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f2070699808> (дата обращения: 22.04.2023).
53. Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство. // *МКБ-11*: [сайт]. — URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/ru/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f585833559> (дата обращения: 22.04.2023).
54. Hecker, T. Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11 / T. Hecker, A. Maercker // *Psychotherapeut*. — 2015. — Т.60. — № 6. — С. 547-562.
55. Cloitre, M. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis / M. Cloitre, D.W. Garvert, B. Weiss et al. // *European Journal of Psychotraumatology*. — 2014. — № 5. — e10.3402.
56. Perkonig, A. Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults / A. Perkonig, M. Höfler, M. Cloitre et al. // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2015. — Т.266. — №4. — С. 317-328.
57. Hyland, P. The relationship between ICD-11 PTSD, complex PTSD and dissociative experiences / P. Hyland, M. Shevlin, C. Fyvie et al. // *Journal of Trauma & Dissociation*. — 2019. — Т.21. — №1. — С. 62-72.
58. Wisco, B.E. The impact of proposed changes to ICD- 11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity / B.E. Wisco, M.W. Miller, E.J. Wolf et al. // *Psychiatry Research*. — 2016. — № 240. — С. 226-233.
59. Barbano, A.C. International Consortium to Prevent PTSD. Differentiating PTSD from anxiety and depression: Lessons from the ICD-11 PTSD diagnostic criteria / A.C. Barbano, der, Mei, W van, T.A. deRoos-Cassini, E. Grauer // *Depression and Anxiety*. — 2019. — Т.36. — №6. — С. 490-498.
60. Möller, L. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses / L. Möller, M. Augsburger, A. Elklit et al. // . — 2020. — Т.141. — №5. — С. 421-431.
61. Погодина, М.Г. Особенности личностных характеристик и уровня дистресса у лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством с коморбидными психическими расстройствами / М.Г. Погодина, В.Г. Косенко, М.И. Агеев, Н.А. Косенко // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2019. — Т.29. — № 2. — С. 22-25.
62. Knowles, K.A. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of posttraumatic stress disorder symptoms in treatment-seeking veterans / K.A. Knowles, R.K. Sripada, M. DeFeaver, S. Rauch. // *Psychological Trauma*. — 2019. — Т.11. — №4. — С. 451-458.
63. Contractor, A.A. Relations between PTSD and depression symptom clusters in samples differentiated by PTSD diagnostic status / A.A. Contractor, T. Greene, M. Dolan, J.D. Elhai. // *Journal of Anxiety Disorders*. — 2022. — № 59. — С. 17-26.
64. Kiefer, R. Principal Diagnoses in Psychiatric Outpatients With Posttraumatic Stress Disorder / R. Kiefer, I. Chelminski, K. Dalrymple, M. Zimmerman. // *The Journal of nervous and mental disease*. — 2019. — Т.208. — №4. — С. 283-287.
65. Фастовцов, Г.А. Клинические характеристики атипичных вариантов посттравматического стрессового расстройства в судебно-психиатрической практике / Г.А. Фастовцов, Е.А. Зайцева. // *Российский психиатрический журнал*. — 2015. — № 6. — С. 25-30.
66. Stevens, D. Posttraumatic stress disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression / D. Stevens, H. C. Wilcox, D. F. MacKinnon et al. // *Depression and Anxiety*. — 2013. — Т.30. — №10. — С. 940-946.
67. Kostaras, P. Posttraumatic stress disorder in outpatients with depression: Still a missed diagnosis / P. Kostaras, J. D. Bergiannaki, C. Psarros et al. // *Journal of Trauma & Dissociation*. — 2017. — Т.18. — №2. — С. 233-247.
68. Fung, H.W. Investigating post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD among people with self-reported depressive symptoms / H.W. Fung, W.T. Chien, C.A. Ross. // *Frontiers in psychiatry*. — 2022. — № 13. — e953001.
69. Watts, B.V. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder / B.V. Watts, P.P. Schnurr, L. Mayo et al. // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2013. — Т.74. — №6. — С. 541-550.
70. Lewis, C. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis / C. Lewis, N.P. Roberts, M. Andrew et al. // *European Journal of Psychotraumatology*. — 2020. — Т.11. — № 1. — e1729633.
71. Chen, L. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Posttraumatic Stress Disorder / L. Chen, G. Zhang, M. Hu, X. Liang. // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. — 2015. — Т.203. — №6. — С. 443-451.
72. Lee, D. J. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments / D.J. Lee, C. W. Schnitzlein, J.P. Wolf et al. // *Depression and Anxiety*. — 2016. — Т.33. — № 9. — С. 792-806.
73. Rauch, S. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial / S. Rauch, H. M. Kim, C. Powell et al. // *JAMA Psychiatry*. — 2019. — Т.76. — №2. — С. 117-126.
74. Martin, A. Treatment Guidelines for PTSD: A Systematic Review / A. Martin, M. Naunton, S. Kosari et al. // *Journal of Clinical Medicine*. — 2021. — Т.10. — №18. — С. 4175.
75. Williams, T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) / T. Williams, N.J. Phillips, D.J. Stein, J.C. Ipser. // *The Cochrane database of systematic reviews*. — 2022. — Т.3. — №3. — CD002795.
76. Русановский, В.В. Актуальная фармакотерапия при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) / В.В. Русановский, З.Г. Тадтаева, К.Н. Потемкина [и др.] // *Universum: медицина и фармакология*. — 2022. — Т.1. — №84. — С. 22-26.
77. Khachatryan, D. Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / D. Khachatryan, D. Groll, L. Booij et al. // *General Hospital Psychiatry*. — 2016. — № 39. — С. 46-52.
78. Colvonen, P.J. Recent Advancements in Treating Sleep Disorders in Co-Occurring PTSD / P.J. Colvonen, L.D. Straus, C. Stepnowsky et al. // *Current Psychiatry Reports*. — 2018. — Т.20. — №7. — С. 48.
79. Guina, J. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis / J. Guina, S.R. Rossetter, B.J. DeRHODES et al. // *Journal of Psychiatric Practice*. — 2015. — Т.21. — №4. — С. 281-303.
80. Villarreal, G. Efficacy of Quetiapine Monotherapy in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Placebo-Controlled Trial / G. Villarreal, M.B. Hamner, J.M. Cañive et al. // *American Journal of Psychiatry*. — 2016. — Т.173. — №12. — С. 1205-1212.
81. Sertraline Hardeep K. Singh, Abdolreza Saadabadi. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. 2023 Feb 13.