

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 А 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-

сенсбилизацию 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. Колюцкая 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. Andreasen, 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.П. Распространенность травматического опыта, посттравматического стрессового расстройства и агрессивного поведения у осужденных мужчин / Р.П. 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. Surís, 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. Lyssenko, L. Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale / L. Lyssenko, 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%2fent%2f2070699808> (дата обращения: 22.04.2023).
53. Осложненное посттравматическое стрессовое расстройство. // МКБ-11 : [сайт]. — URL: <https://icd.who.int/browse11/m-ru/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fent%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. deRoon-Cassini, E. Grauer // *Depression and Anxiety*. — 2019. — Т.36. — №6. — С. 490-498.
60. Møller, L. Traumatic experiences, ICD-11 PTSD, ICD-11 complex PTSD, and the overlap with ICD-10 diagnoses / L. Møller, M. Augsburg, 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. Defever, 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.