

ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЕВОГО СТРЕССА И БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ – ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Грачева Л.В.¹, Сергеев В.А.^{1,2}

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Челябинск, e-mail: lilia0906@mail.ru;

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)», Челябинск, e-mail: sevanpol@yandex.ru

Изучались отдалённые психиатрические последствия боевого стресса (БС) и боевой психической травмы (БПТ) с целью анализа их клинико-феноменологических проявлений и взаимосвязей с социально-психологическим функционированием военнослужащих с БС различной интенсивности и БПТ умеренной тяжести в анамнезе. *Материал исследования* – три группы сотрудников органов внутренних дел (ОВД), по 40 человек в каждой, с высокоинтенсивным БС и БПТ умеренной выраженности в прошлом (группа 1), с менее интенсивным БС и отсутствием БПТ в анамнезе (группа 2), без опыта БС и БПТ (контрольная группа 3). *Методы исследования*: традиционные клинические – клинико-психопатологический, клинико-анамнестический и клинико-динамический; размерная диагностика по МКБ-10; клинические шкалы – «Шкала клинической диагностики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)», «Шкала боевого опыта», «Оценка стресс-факторов БПТ», «Выраженность психических расстройств при БПТ». *Результаты исследования* свидетельствуют о том, что значительная часть сотрудников ОВД, принимавших непосредственное участие в боевых действиях с БС высокой интенсивности, не менее чем в половине случаев обнаружили в прошлом БПТ умеренной выраженности (группа 1). Именно они, спустя 5 и более лет после боевых событий, выявляют стойкую психопатологическую симптоматику непсихотического (неврозоподобного) характера, некоторые из признаков хронического ПТСР и заметное снижение уровня социально-психологического функционирования в профессиональной и семейной сферах, что со статистической достоверностью различало их с вошедшими в группы 2 и 3. *Выводы*: участники боевых действий нуждаются в динамическом медико-психологическом наблюдении для выявления, коррекции и профилактики подпороговых (латентных) проявлений хронического ПТСР, нарушающих адаптацию комбатантов даже спустя много лет после воздействия БС и БПТ.

Ключевые слова: боевой стресс (БС), боевая психическая травма (БПТ), отдалённые психиатрические последствия БС и БПТ, отдалённые социально-психологические последствия БС и БПТ.

DISTANT CONSEQUENCES OF COMBAT STRESS AND COMBAT MENTAL INJURY- PSYCHIATRIC AND SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Gracheva L.V.¹, Sergeev V.A.^{1,2}

¹Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, e-mail: lilia0906@mail.ru;

²Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "South Ural State University (National Research University)", Chelyabinsk, e-mail: sevanpol@yandex.ru

The remote psychiatric consequences of the fighting stress (FS) and fighting mental trauma (FMT) for the purpose of the analysis of their clinical and phenomenological manifestations and interrelations with social and psychological functioning of the military personnel with FS of various intensity and FMT of moderate weight in the anamnesis were studied. Research material – three groups of staff of bodies of internal affairs (Department of Internal Affairs), on 40 people in everyone, with high-intensity FS and FMT of moderate expressiveness in the past (group 1), with less intensive FS and lack of FMT in the anamnesis (group 2), without experience of FS and FMT (control group 3). Research techniques: traditional clinical – clinical and phenomenological, clinical-anamnestic and clinical-dynamic; dimensionally diagnostics on ICD -10; clinical scales – "A scale of clinical diagnostics of posttraumatic stressful frustration (PTSF)", "A scale of fighting experience", "Assessment FMT stress factors", "Expressiveness of alienations at FMT ". Results of a research demonstrate to what the considerable proportion of the staff of Department of Internal Affairs who were directly involved in fighting with FS of high intensity, not less than in half of cases was found in last FMT of moderate expressiveness (group 1). They, 5 and more years later after the fighting events, reveal a resistant psychopathological symptomatology

of not psychotic (neurosis-like) character, some of signs of chronic PTSD and noticeable decrease in level of social and psychological functioning in professional and family spheres that with statistical reliability distinguished them with entered into groups 2 and 3. Conclusions – combatants need dynamic medico-psychological observation for identification, correction and prophylaxis of the subthreshold (latent) manifestations of chronic PTSD breaking adaptation of combatants even many years later after influence of FS and FMT.

Keywords: combat stress (CS), combat psychic trauma (CPT), long-term psychiatric consequences of CS and CPT, long-term socio-psychological consequences of CS and CPT.

Одной из актуальных проблем современной психиатрии является изучение психических расстройств вследствие воздействия стресса высокой интенсивности, в том числе боевого стресса (БС) и последствий боевой психической травмы (БПТ) – патологии достаточно распространённой, с тенденцией к росту по причине увеличения числа локальных вооружённых конфликтов в различных регионах планеты. Особую медицинскую и социальную актуальность БПТ определяет распространённость её отдалённых последствий, которые могут различаться как по клиническим проявлениям, так и по тяжести, но всегда имеют продолжительное и, как правило, хроническое течение [1-4]. По данным ряда исследований, на этапе отдалённых последствий БПТ отмечается достаточно высокая частота психических нарушений (до 75% и выше) [1; 5]. Из них от 10 до 50% приходится на посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [6; 7]; ещё 15-40% – на разнообразную непсихотическую (пограничную) психопатологическую симптоматику без формирования симптомокомплекса ПТСР [1; 8; 9]. При этом наличие даже отдельных симптомов ПТСР может повлечь за собой существенное снижение социальной адаптации в мирное время со значительными негативными изменениями в жизни: потерей работы, семьи, ухудшением взаимоотношений с окружающими, алкоголизацией [1; 8-11].

Вместе с тем именно эти нарушения пограничного спектра, при всей своей достаточно высокой частоте, остаются наименее изученными, что нередко ведёт к их ошибочной трактовке с отнесением к иным нозологическим единицам или даже полным игнорированием таковых, вследствие чего они зачастую не диагностируются и оказываются за пределами систематики данной патологии. Отсутствие же должной диагностической оценки непсихотической психопатологической симптоматики у лиц с БС и БПТ в анамнезе ведёт к тому, что они не получают соответствующей медико-психологической и реабилитационной помощи, тогда как потребность в таковой у них достаточно высока [4; 8].

Целью настоящего исследования, исходя из вышеизложенного, явилось изучение непсихотической психопатологической симптоматики и особенностей социально-психологического функционирования сотрудников ОВД с наличием в анамнезе боевого стресса различной интенсивности и боевой психической травмы умеренной тяжести, с анализом механизмов их взаимосвязи.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились данные,

полученные в ходе сравнительного клинического и социально-психологического обследования 120 служащих ОВД (мужчин), с формированием из них трёх групп изучения (двух основных и контрольной) по 40 человек в каждой. В 1-ю основную группу вошли непосредственно участвовавшие в боевых действиях в период вооружённого конфликта на Северном Кавказе; во 2-ю основную – находившиеся там же, но позже, в относительно «мирный период», и не принимавшие участия в боевых действиях; в 3-ю (контрольную) – сотрудники ОВД, не имевшие опыта пребывания в зоне вооружённого конфликта.

Средний возраст обследуемых по каждой из групп составил: в 1-й – $33,9 \pm 6,04$ года; во 2-й – $33,1 \pm 3,17$ года; в 3-й – $32,9 \pm 3,56$ года. Отсутствие существенных различий между ними по этому показателю указывает на их достаточную однородность и сопоставимость. Подтверждается это и сведениями по уровню образования исследуемых, в соответствии с которыми группы на значимом уровне не различались по числу лиц с высшим образованием (37,5% – в 1-й группе, 30% – во 2-й, 42,5% – в 3-й), средне-специальным (32, 27,5 и 32,5% соответственно) и средним (30, 42 и 25% соответственно).

Лица из 1-й группы, согласно анамнестическим данным, в прошлом пережили высокоинтенсивный БС, а значительная часть из них и развитие БПТ умеренной тяжести. У вошедших во 2-ю группу интенсивность БС в анамнезе была существенно ниже и без признаков БПТ. Обследуемые из контрольной (3-й) группы, испытывающие регулярно психоэмоциональные нагрузки в силу своей профессиональной деятельности (как и те, кто входил в две основные группы), никогда ранее не имели опыта БС и БПТ. Ни у кого из числа составивших две основные группы изучения при медико-психологическом обследовании сразу по возвращении из зоны вооружённого конфликта ПТСР не диагностировалось. Временной интервал между командировками на Северный Кавказ и обследованием, проводившимся в ходе выполнения настоящего исследования, составил не менее 5 лет.

Методы исследования включали: традиционные клинические (клинико-психопатологический, клинико-анамнестический и клинико-динамический); дименсиональную оценку выявляемой симптоматики, в соответствии с диагностическими указаниями и критериями МКБ-10 (1994); формализованную психометрическую «Шкалу для клинической диагностики ПТСР» (CAPS) [12]. Помимо этого, проводился ретроспективный анализ интенсивности перенесенного в прошлом боевого стресса, с помощью «Шкалы боевого опыта» [13], а также оценка стресс-факторов боевой психической травмы и выраженности обусловленных ею психических расстройств [1].

Математико-статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS (версия 17.0), с использованием параметрических (t-критерий Стьюдента) и непараметрических (Колмогорова-Смирнова,

Манна-Уитни, Уилкоксона) методов статистики, а также корреляционного, частотного, дисперсионного и факторного анализов.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ данных о боевом опыте сотрудников ОВД из двух основных групп в период их пребывания в зоне вооружённого конфликта зафиксировал наличие достаточно высокого уровня БС в 1-й группе – от 2 до 4 баллов по каждому из пунктов «Шкалы боевого опыта» (максимальный – 4 балла). Во 2-й группе этот показатель был заметно ниже – от 0 до 1 балла по всем пунктам указанной шкалы.

Помимо оценки интенсивности боевого опыта, у тех же сотрудников ОВД (группы 1 и 2) был осуществлён анализ стресс-факторов боевой психической травмы. Результаты данного анализа свидетельствуют о том, что если по физическим и физиологическим стресс-факторам все обследуемые комбатанты находились примерно в равных условиях, то социально-психологические с несомненной очевидностью преобладали в 1-й группе. Прежде всего, это касалось таких моментов, как риск быть убитым или раненым, попадание в засады и другие очень опасные для жизни ситуации, а также вид чужой смерти или ранений.

На основе данных о боевом опыте и стресс-факторах, имевших место у комбатантов из этих двух групп, а также сведений, полученных в ходе их клинико-анамнестического исследования, была осуществлена ретроспективная оценка наличия у них в прошлом БПТ и её тяжести. Проводилась она в соответствии с имеющимися в современной литературе указаниями по критериям градации психических расстройств при БПТ, с выделением умеренного, выраженного и тяжелого уровня [1]. По результатам такого ретроспективного анализа было зафиксировано наличие признаков БПТ в анамнезе у значительной части лиц из числа входивших в 1-ю основную группу – у 20 (50%) человек на уровне умеренного расстройства и выраженного ещё у 1 (2,5%). Во 2-й группе ни у одного из обследуемых признаков БПТ в прошлом не было зарегистрировано.

Оценка социально-психологической адаптации и дезадаптации лиц из контингентов изучения спустя пять и более лет после событий БС и БПТ (1-я и 2-я группы), в сопоставлении с группой контроля, осуществлялась методом сравнительного анализа динамики их функционирования в таких значимых сферах человеческой жизни, как профессиональная деятельность и семья. Сопоставление трёх групп обследуемых по изменениям в их трудовой деятельности, отражённое в таблице 1, обнаружило статистически значимое преобладание числа лиц, уволенных из ОВД по различным причинам (конфликтные ситуации на работе, несоответствие занимаемой должности и пр.), в 1-й основной группе (25%) относительно 2-й (2,5%) и контрольной, где таковые отсутствовали ($p < 0,01$).

Таблица 1

Профессиональный статус респондентов на момент обследования

Трудовая занятость	Группы изучения						Достоверность различий (p) ¹
	1-я, n=40		2-я, n=40		3-я (К), n=40		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Служат в ОВД	29	72,5	39	97,5	40	100	1 – 2,3**
Уволены из ОВД	10	25	1	2,5	–	–	1 – 2,3**
На пенсии	1	2,5	–	–	–	–	
Всего	40	100	40	100	40	100	

¹Здесь и далее уровни статистической достоверности: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001.

Сравнительное изучение семейного положения всех обследуемых, итоги которого представлены в таблице 2, выявило наиболее высокую частоту нарушений брачных отношений также среди входивших в 1-ю группу. Здесь самым высоким был процент проживающих вне брака, включая разведённых в связи с ухудшением семейных отношений после пребывания в «горячих точках», что достоверно рознило их с другими группами, где разводов было существенно меньше и причины их были иными, чем в 1-й (p<0,05).

Таблица 2

Семейное положение респондентов на момент обследования

Семейное положение	Группы изучения						Достоверность различий (p)
	1-я, n=40		2-я, n=40		3-я (К), n=40		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Состоят в браке	25	62,5	32	80	31	82,5	1 – 2*; 1 – 3*
Не состоят в браке; из них:	15	37,5	8	20	7	17,5	1 – 2*; 1 – 3*
холостые	1	2,5	2	5	2	5	
разведены; по причине	14	35	6	15	5	12,5	1 – 2*; 1 – 3*
командировки в «горячие точки»	10	25	–	–	–	–	1 – 2*; 1 – 3*
прочие	4	10	6	15	5	12,5	
Итого	40	100	40	100	40	100	

Клиническое исследование лиц, составивших три группы изучения, не зафиксировало ни у одного из них наличие симптоматики, достаточно выраженной для диагностики ПТСР. Вместе с тем в процессе обследования каждой из групп были зарегистрированы разнообразные жалобы, отмечавшиеся в течение последних 3-5 лет. Наибольшее число жалоб высказывали те, кто вошёл в 1-ю основную группу – 87,5%. Во 2-й основной группе и 3-й (контрольной) они фиксировались значительно реже – в 42,5% и 30% соответственно, что с высокой статистической достоверностью различало их с 1-й группой (p<0,001), при

отсутствии существенных отличий между двумя последними. Межгрупповое сопоставление отдельных жалоб (по их характеру и частоте), нашедшее своё отражение в таблице 3, обнаружило значительную представленность непсихотической психопатологической симптоматики, включая психосоматическую, в первых двух группах в сравнении с контрольной. Явное же преобладание таковой отмечалось в 1-й группе, что статистически достоверно отличало её не только от контрольной ($p < 0,001$), но и от 2-й ($p < 0,01$). Между двумя последними группами (2-й и 3-й) достоверных различий по частоте регистрации большинства предъявляемых жалоб не выявлялось, а имевшиеся были весьма немногочисленны и с существенно меньшим уровнем статистической значимости ($p < 0,05$).

Таблица 3

Сравнительный анализ жалоб в группах изучения, %

Жалобы	Группы изучения			Достоверность различий (p)
	1-я, n=40	2-я, n=40	3-я (К), n=40	
Навязчивые мысли о пережитом событии	87,5	15	0	1 – 2 ***; 1 – 3 ***; 2 – 3*
Тревога, напряжение	50	42,5	30	1 – 3 ***
Сниженный фон настроения	42,5	12,5	5	1 – 2 ***; 1 – 3 ***
Ощущение слабости, упадка сил	10	17,5	12,5	–
Раздражительность, вспыльчивость	25	25	20	–
Трудности концентрации внимания	32,5	10	5	1 – 2 ***; 1 – 3 ***
Нарушение памяти	25	15	0	1 – 3 ***; 2 – 3*
Нарушение сна	30	20	20	–
Головная боль	37,5	25	17,5	1 – 3*
Боли или неприятные ощущения в области сердца	30	25	12,5	1 – 3*
Проблемы с артериальным давлением	37,5	25	7,5	1 – 3 ***; 2 – 3*
Боли в различных частях тела	17,5	25	12,5	–
Приступы жара или озноба	30	10	7,5	1 – 2 ***; 1 – 3 ***
Расстройство желудочно-кишечного тракта	15	12,5	20	–
Всех жалоб	88	43	30	1 – 2 ***; 1 – 3 ***

Традиционное клинико-психопатологическое исследование лиц, составивших три группы изучения, зафиксировало наличие невротической симптоматики, но только у тех, кто пережил в прошлом наиболее интенсивный БС и БПТ (1-я группа). Симптоматика эта (достаточно умеренной выраженности) диагностировалась как проявления невротического

развития личности и была представлена в виде одного из 4 синдромов: астено-невротического (17,5%), астено-депрессивного (12,5%), тревожно-депрессивного (22,5%) и тревожно-фобического (5%). По двум из них – астено-невротическому и тревожно-депрессивному – данная группа (1-я основная) статистически значимо ($p < 0,05$) различалась с двумя другими. При этом у немногих из обследуемых 2-й и 3-й групп выявлялись отдельные разрозненные и слабовыраженные невротические признаки, без их оформления в структурную систему какого-либо синдрома. Также следует отметить, что практически у половины лиц из 1-й группы наблюдалась отчётливая связь между снижением трудового и семейного статуса – с одной стороны, и наличием таких невротических синдромов, как астено-невротический и тревожно-депрессивный – с другой.

Помимо традиционного клинического анализа жалоб и психопатологической симптоматики, выявляемой у лиц с боевым стрессом и БПТ в анамнезе, осуществлялось также их изучение с помощью формализованного клинического опросника «Шкала клинической диагностики ПТСР – CAPS», на предмет выявления отдельных симптомов ПТСР и их выраженности, итоги которого представлены в таблице 4.

Таблица 4

Выраженность симптоматики ПТСР по данным шкалы CAPS

Симптомы		Средние значения по группам (M±SD)			Достоверность различий (p)
		1-я гр.	2-я гр.	3-я гр.	
F – частота симптомов		6,7±5,6	2,8±2	2,1±3	1 – 2, 1 – 3 ***
I – интенсивность проявления симптомов		8,8±6	3,5±2,5	2,1±3	1 – 2, 1 – 3 ***
Т - суммарные баллы	В – «вторжение»	2,6±3	0,7±1,6	0,6±1,8	1 – 2, 1 – 3 ***
	С – «избегание»	6,2±6,5	2,2±2,3	2±3,3	1 – 2, 1 – 3 ***
	D – «физиологическая гиперактивность»	6,6±4,7	3,6±3,6	2,3±3	1 – 2, 1 – 3 ***
	T – общий суммарный балл тяжести симптомов	15,4±11,8	6,6±5	4,9±6,4	1 – 2, 1 – 3 ***

Среди обследуемых не обнаружилось лиц с симптоматикой, соответствующей диагностическим критериям МКБ-10, в объеме, достаточном для установления клинического диагноза ПТСР. Вместе с тем показатели по 1-й группе отличались от двух других заметно более высокими значениями ($p < 0,05$). Так, если суммарные баллы по частоте встречаемости (F) и интенсивности симптомов (I) у комбатантов из 1-й группы были близки к подпороговому уровню ПТСР, то во 2-й и 3-й они не превышали нормативных показателей. Общий же суммарный балл тяжести (T) проявлений ПТСР в 1-й группе уже полностью соответствовал подпороговому уровню ПТСР, что достоверно различало её как со 2-й, так и

с 3-й ($p < 0,05$), при отсутствии значимых отличий в показателях двух последних групп.

Анализ взаимосвязей социально-психологических и клинических характеристик, а также ситуационно-средовых факторов, присущих лицам с БС различной интенсивности и БПТ, обнаружил, что наиболее негативное влияние на изменения в профессиональном и семейном статусе оказали такие моменты, как интенсивность БС и наличие БПТ в анамнезе. Комбатанты, пережившие наиболее интенсивный БС и перенесшие БПТ умеренной выраженности (1-я группа), на отдалённом этапе выявляли подпороговые проявления хронического ПТСР, что отразилось на более заметном снижении их социально-психологической адаптации как в профессиональном, так и межличностном плане. Те из них, кто не состоял в браке, достоверно чаще жаловались на тревогу, обнаруживали невротические синдромы и более высокий показатель частоты симптомов ПТСР по клиническому опроснику CAPS. Снижение профессионального статуса у них прямо коррелировало с показателями интенсивности симптомов и общей тяжести ПТСР по тому же опроснику CAPS, а также с большей частотой выявления невротических синдромов.

Фактор продолжительности воздействия боевой обстановки также имел большое число взаимосвязей с разнообразными жалобами, сопутствующими подпороговым проявлениям хронического ПТСР, в тех случаях, где имели место в прошлом БС высокой интенсивности и БПТ, что свидетельствует о полифакторности механизмов, участвующих в формировании на отдалённом этапе БПТ подпороговых проявлений хронического ПТСР и социально-психологической дезадаптации.

Выводы

1. Лица, находившиеся в ситуации боевого стресса и перенесшие боевую психическую травму умеренной выраженности, имеют высокую вероятность развития в отдалённом периоде психической патологии непсихотического спектра, основу которой составляют ряд невротических синдромов (астено-невротический, астено-депрессивный, тревожно-депрессивный и тревожно-фобический), проявляющихся в рамках патологического развития личности.

2. Наличие в анамнезе боевого стресса высокой интенсивности и боевой психической травмы, даже относительно лёгкой (умеренной) тяжести, сопряжено с большей выраженностью отдельных клинических признаков хронического ПТСР и снижением уровня социально-психологической адаптации, что проявляется негативными изменениями в сфере брачных отношений и профессиональной деятельности.

3. Участники боевых действий нуждаются в динамическом медико-психологическом наблюдении с целью выявления, коррекции и профилактики подпороговых (латентных) проявлений хронического ПТСР, нарушающих адаптацию комбатантов, даже спустя много

лет после воздействия боевого стресса и боевой психической травмы.

Список литературы

1. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2005. 432 с.
2. Лыткин В.М., Нечипоренко В.В., Дрига Б.В., Кобзов В.А. О клинической трактовке посттравматических стрессовых расстройств // Актуальные проблемы военной психиатрии: материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 9-10 июня 2011 г.). СПб., 2011. С.109-112.
3. Шамрей В.К., Колов С.А., Дрига Б.В.. Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода // Вестник психотерапии. 2011. № 38 (43). С.104-111.
4. Грачева Л.В., Сергеев В.А. Социально-психологическая адаптация и психосоматические расстройства у лиц с боевым стрессом в анамнезе // Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2017. Т. 20. № 4. С. 41-44.
5. Hoge C.W., Grossman S.H., Auchterlonie J.L., Riviere L.A., Miliken C.S., Wilk, J.E. PTSD treatment for soldiers after combat deployment: low utilization of mental health care and reasons for dropout. *Psychiatric Services*. 2014. Vol. 65. No.8. P.997-1004. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pubfacts.com/detail/24788253/PTSD-treatment-for-soldiers-after-combat-deployment-low-utilization-of-mental-health-care-and-reasons-for-dropout> (дата обращения: 12.12.18).
6. Ushakov I.B., Bubeev Yu.A., Kvasovets S.V., Ivanov A.V. Individual psychophysiological mechanisms of adaptation in stress in life-threatening situations. *Neuroscience and Behavioral Physiol*. 2013. Vol. 43. No.7. P.819-826.
7. Richardson J.D., Ketcheson F., King L., Shnaider P., Marlborough M., Thompson A., Elhai J.D. Psychiatric comorbidity pattern in treatment-seeking veterans. *Psychiatry Research*. 2017. Vol. 258. P.488-493.
8. Грачева Л.В., Сергеев В.А. Психосоматические нарушения у мужчин в отдалённом периоде боевого посттравматического стрессового расстройства // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. Т. 2. № 2. С. 231-235.
9. Kaplan H.I., Sadock B.J. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science / Clinical Psychiatry – eleventh ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins (LWW). 2014. 1496 p.
10. Donoho C.J., Bonanno G.A., Porter B., Kearney L., Powell T.M. A decade of war: prospective trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among US personnel and the influence of combat exposure reply. *American Journ. of Epidemiology*. 2018. Vol. 187. No.7.

P.1570-1575.

11. Porter B., Hoge C.W., Tobin L.E., Donoho C.J., Castro C.A., Luxton D.D., Faix D. Measuring aggregated and specific combat exposures associations between combat exposure measures and posttraumatic stress disorder, depression, and alcohol related problems. *Jorn. of Traumatic Stress*. 2018. Vol. 31. No.2. P.296-306.
12. Frank W.W., Terence M.K., Davidson J.R.T. Clinician-administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. *J. Depression and anxiety*. 2001. No.13. P.132-156.
13. Keane T.M., Fairbank J.A., Caddell J.M., Zimering R.T., Taylor K.L., Mora C.A. Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. Vol.1. No 11. P. 53-55.