

УДК 616.895 – 07

РОЛЬ ПРЕМОРБИДНЫХ И КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ПРОГНОЗЕ ПТСР

Коростий В. И., Коровина Л. Д.

У статті обговорюється проблема діагностики ПТСР і коморбидних психічних розладів. Викладено основні характеристики ПТСР та варіанти коморбидних йому станів.

В якості ілюстрації наведено два клінічних випадки ПТСР з різними варіантами коморбидності. У першому випадку мається преморбидна депресивна симптоматика у пацієнта з ПТСР. У другому випадку описана коморбидна шизотипова симптоматика.

Показано актуальність ретельної діагностики преморбидної і коморбидної психічної патології у пацієнтів з ПТСР для ефективного лікування та реабілітації.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, коморбидність, тривога, депресія, психічна травма, діагностика, реабілітація.

The article discusses the problem of diagnosis of PTSD and comorbid psychiatric disorders. The basic characteristics and comorbidity of PTSD are present.

As an illustration, was shown two clinical cases of PTSD with the different variant of comorbidity. In the first case there is a premorbid depressive symptoms in patient with PTSD. In the second case described comorbid schizotypal symptoms.

It was shown the relevance of a thorough diagnosis of premorbid and comorbid psychopathology in patients with PTSD for the effective treatment and rehabilitation.

Keywords: post-traumatic stress disorder, comorbidity, anxiety, depression, trauma, diagnostics, rehabilitation.

В статье обсуждается проблема диагностики ПТСР и коморбидных психических расстройств. Изложены основные характеристики ПТСР и варианты коморбидных ему состояний. В качестве иллюстрации приведены два клинических случая ПТСР с различными вариантами коморбидности. В первом случае имеется преморбидная депрессивная симптоматика у пациента с ПТСР. Во втором случае описана коморбидная шизотипическая симптоматика. Показана актуальность тщательной диагностики преморбидной и коморбидной психической патологии у пациентов с ПТСР для эффективного лечения и реабилитации.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, коморбидность, тревога, депрессия, психическая травма, диагностика, реабилитация.

Традиционно, к психогенным расстройствам относят обратимые психические расстройства, проявляющиеся в эмоциональной неустойчивости, повышенной психической истощаемости, нарушении общего самочувствия и различных сомато-вегетативных функций, не изменяющие самосознание личности и осознания болезни. Их генез связан с психической травмой, то есть событием травматического переживания, воспринимаемым человеком, как

угрозу его существования, и нарушающему нормальную жизнедеятельность.

Психогенно обусловленным, согласно классификации МКБ-10, могут быть острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации, аффективные расстройства, бредовые расстройства, индуцированное бредовое расстройство.

Техногенные и природные катастрофы мирного времени, боевые действия масштабных и локальных войн обусловили рост распространенности и актуальность проблемы ПТСР в современном мире.

«Гибридная война», происходящая в настоящее время на востоке Украины, вовлекла в себя не только воинов, а и местных жителей, волонтеров. Не только боевые действия, но и информационно-психологическая составляющая формируют травматические переживания.

Известно, что 69% взрослого населения сообщают о переживании одного или более стрессовых событий за свою жизнь. У 25% людей, которые пережили травматическое событие, в последующем развивалось ПТСР, у 9% - длительное [15, 18, 22].

Частота данного расстройства доходит у комбатантов до 55%, а у вынужденных переселенцев ПТСР в 42%.

По мнению исследователей, ПТСР, в более чем 80 % случаев, обладает коморбидностью с другими психическими расстройствами. Среди них выделяют большую депрессию, ГТР, дистимию, алкогольную и другие химические зависимости, паническое и соматизированное расстройства [1, 3, 7, 12].

В литературе, таким понятием, как коморбидность, обозначают присутствие 2-х или более психических расстройств у одного пациента. Эти психические заболевания обладают свойственной им спецификой и самостоятельно, независимо друг от друга, присутствуют в клинике [2, 16].

Изначально, коморбидность, как понятие, ввел в клиническую практику A.R. Feinstein (1970) в общесоматической медицине.

В настоящее время выделяют три вида коморбидности психических расстройств. Косвенная коморбидность – это опосредованное взаимодействие нескольких расстройств, то есть ложная, усиливающая диагностику и поиск лечения обоих расстройств, неверно разделенных классификацией. К совпадающей коморбидности относят два независимых, в том числе этиологически, заболевания, появившихся одновременно. К существенной коморбидности относят заболевания с высокой частотой совпадения. Данные взаимосвязи нашли свое отражение в соматопсихиатрии, психосоматике, нейропсихиатрии [1, 17, 21].

Коморбидность отражается во временной динамике. Полиморфизм клинической картины болезни, представлен синдромами разных нозологических единиц, чередованием признаков расстройства, встречающихся в разное время; проявление одного заболевания при минимальной выраженности другого [2].

Выделяют факторы риска коморбидности: молодой возраст, низкий уровень образования, безработицу и одиночество [3, 9].

Говоря о коморбидности в психиатрии, не все авторы выделяют ее как истинную, считая относительной. Так, расстройства тревожного и депрессивного спектров имеют много общего и переходят друг в друга.

Эту точку зрения подтверждают генетические исследования. Установлен факт перекрестного наследования тревоги, депрессии. Биологические исследования, такие как

тест дексаметазонового подавлення, виявляє відсутність супресії у третіх хворих з паничним розладом, у 50% хворих великою депресією, 27% хворих з ГТР, за допомогою залучення в процес гіпоталамо-гіпофізарно-надпочечникової системи. Нейровізуалізаційні техніки (МРТ) показали атрофію височної доли справа при резистентній тривожі, депресії, підтверджуючи залучення в патологічний процес правого півшаря [2, 4, 17, 20, 21].

Дефіцит серотоніну, як основний механізм патогенезу, виділяють при булімії, алкоголізмі та наркоманії. Ця теорія послужила основою для пошуку складного синдрому «загального дистресу», включаючого в себе афективну патологію [8, 10, 14, 19].

Коморбидність відображається і в прогнозі ефективності антидепресивної терапії. Наявність тривоги при депресії є прогностично несприятливим в терапії антидепресантами, а наявність фобій та obsesій має позитивне прогностичне значення. Для прогнозу ефективності бензодіазепінових транквілізаторів несприятливим буде наявність депресії при лікуванні паничного розладу, а фобії та агресія мають позитивне прогностичне значення [2, 4, 8, 10, 13, 19].

Коморбидність не тільки усугубляє перебіг розладу, але й обумовлює несприятливе перебіг і ускладнення. Ймовірність одного з найбільш тяжких ісходів психічних розладів – суїцида, значно збільшується при коморбідній патології. Це обумовлено наявністю алкоголізації та іншими залежними формами поведінки, депресії, значним зниженням якості життя [3, 6, 14, 19].

За думкою дослідників, найбільш тривожним і труднокурабельним є поєднання афективної патології та алкоголізації, так як психоактивний вплив алкоголю за допомогою «системи підкріплення» з участю лімбічної системи патогенетично об'єднується з афективною патологією. Коморбідна психічна патологія усугубляє перебіг розладу, замикаючи, так звану «порочну петлю» розвитку хвороби [1, 2, 6, 11].

Клініка та патогенез ПТСР

Опираючись на діагностичні критерії МКБ-10 та DSM-IV ПТСР – психічний розлад, характеризується як відстрочений або затяжний, виникає в результаті єдинократних або повторюваних зовнішніх психотравмуючих ситуацій, виключно небезпечного або катастрофічного характеру, викликаючи дистрес майже у всіх людей (фізичне і/або сексуальне насильство, постійне нервне перенапруження, пов'язане з страхом, приниженням, співпереживанням стражданню оточуючих), виходячих за межі звичайного людського досвіду і небезпечних фізичної цілісності, життя суб'єкта або інших людей.

Критерієм діагностики ПТСР є стійке наявність симптомів в перебіг більше 1 місяця. Їх розділяють на три групи [3, 5, 9, 12].

Перша – це повторне переживання травматичного події. Воно може бути представлено спогадами, образами та думками з більшою або меншою частотою вторгаючихся в життя пацієнта. Дані симптоми мають «реальність», тобто можуть бути представлені ілюзіями, галюцинаціями, «флеш-беками» (диссоціативними «баченнями/ представленнями»). Поведіння пацієнта повністю або частково відповідає

содержанию данных расстройств. Высокий уровень эмоциональных расстройств сопровождается, как расстройства восприятия, так и объективно присутствующие характеристики напоминающие пережитое событие. Образы могут быть представлены в сновидениях (ночные кошмары).

Вторая – это симптомы, объединенные реакциями избегания или «оцепенения», как минимум в трех из представленных ситуациях. К ним относят: деятельность, окружение и обстановка, соответствовавшая психической травме; ощущения негативной перспективы будущего; избегание обсуждения психической травмы; снижение интереса к деятельности, ранее занимавшей пациента; присутствие явлений эмоциональной отчужденности от окружающих; невозможность воспроизвести основные характеристики психической травмы; наличие субъективного эмоционального обеднения.

Третья – два или более из следующих симптомов: инсомния; раздражительность/вспышки гнева (агрессии); нарушения концентрации внимания; настороженность/подозрительность; гиперактивация [2, 5, 9, 13].

Клиника ПТСР обусловлена несколькими факторами. Это само травматическое событие, его тяжесть и неожиданность. Механизмы защиты сводятся к возможности осмысления случившегося, наличием возможности воспользоваться социальной поддержкой, механизмами самообладания. Им противостоят факторы риска: возраст, наличие отрицательного опыта, наличие психической и поведенческой патологии, снижение интеллекта и низкий социально-экономический уровень [13, 20, 21].

Многие авторы в качестве фактора, предрасполагающего к развитию ПТСР, выделяют, так называемый, «невротизм». В данное понятие вмещают обсессивные (ананкастные), избегающие, зависимые, нарцисстические личностные черты, эпизоды большой депрессии и химические аддикции, что обуславливает низкий уровень адаптивных реакций к психической травме. Избегание и уход, как формы психологической защиты, также присутствуют у пациентов [3, 7, 9].

Развитие ПТСР связано с нарушением интегративности и адаптивности личности при интрапсихическом конфликте и невозможности достижения психологического комфорта. Травматическое событие запускает травматический стресс, психоэмоциональные проявления которого формируют клинику ПТСР. Существует несколько теорий развития ПТСР, которые относятся к когнитивному, психоаналитическому и биологическому направлениям. В основном это разделение жизни на «до» и «после» (когнитивное направление), диссоциация личности вследствие интрапсихического конфликта (аналитические направления), учитывает нейробиологический ответ: сенсбилизация адренорецепторов, участие амигдалы и гиппокампа (биологическое направление).

Коморбидность при ПТСР.

На современном этапе развития психиатрии, для ПТСР коморбидными расстройствами чаще всего являются: аддикции, паническое расстройство, ГТР, обсессивно-компульсивное расстройство, депрессивное расстройство, расстройство личности, психотические расстройства [1, 5, 7, 14].

При диагностике психической патологии вследствие боевой травмы, необходимо разделить симптомы ПТСР и сопутствующие расстройства. Одним из основных моментов

диагностики является выделение неврологических и соматических заболеваний. Общеклиническое, неврологическое, психодиагностическое, анамнестическое исследования могут дать достаточно информации, особенно при дифференциальной диагностике черепно-мозговой травмы или абстинентный синдром в условиях военных действий [5, 6, 13, 20].

Затруднять диагностику ПТСР могут пограничные расстройства личности, диссоциативные расстройства, симуляция симптомов. В этом случае информация о преморбидном состоянии больного часто является решающей в установлении диагноза.

Выраженность аффективной симптоматики тревожного типа и сомато-вегетативной патологии мешает в дифференцировании ПТСР от таких непсихотических расстройств, как паническое или генерализованное тревожное. В таких случаях можно опираться на следующие критерии. Значение приобретает информация о времени возникновения и связи симптомов с психической травмой с одной стороны. С другой стороны – особенность тревоги при ПТСР, когда ее переживание постоянно и вызывает явления избегания ее актуализации, в том числе в воспоминаниях [4, 5, 9, 16, 19].

При дифференциации ПТСР с большой депрессией необходимо учитывать особенности проявления, времени возникновения и связь с психотравмирующей ситуацией. Трудности могут вызывать, в основном, случаи коморбидной депрессии, как отдельного заболевания от клиники ПТСР [2, 3, 11, 19].

Проиллюстрируем коморбидность при ПТСР клиническими наблюдениями из нашей практики.

Клинический случай 1.

Под нашим наблюдением находился пациент, старшего солдатского состава. Он пережил тяжелую боевую психотравмирующую ситуацию, угрожающую жизни. На этапах болезни был госпитализирован в военный госпиталь, где получал консервативную терапию в связи с осколочными ранениями и ожогами. Значимых изменений в дополнительных исследованиях не было выявлено (ЭЭГ, РЭГ, КТ). Органическая патология головного мозга была исключена. Впоследствии, при отсутствии значимой соматической патологии, был направлен на лечение в специализированный психиатрический стационар.

В клинике доминировали агрипнический, соматовегетативный, обсессивный синдромы. Нарушения сна были представлены поверхностным сном, частыми пробуждениями, отсутствием чувства отдыха, кошмарными сновидениями, стереотипно повторяющимися боевую психотравмирующую ситуацию. Соматовегетативный синдром был представлен вегето-сосудистой лабильностью и симпатическому типу. Обсессивный синдром проявлялся в навязчивых воспоминаниях, обсуждениях психической травмы. Так же отмечались «флеш-бэки».

Нарушения эмоциональной сферы не выступали на передний план. Как таковой тревоги не было представлено в психическом статусе. Аффект был слабо выраженным и проявлялся вне ситуаций, связанных с полученной психической травмой. При этом пациент выявлял краткие приступы дисфории в ответ на вопросы о семье и микросоциальном окружению до службы в армии, особенно семьи. Эксплозивные вспышки были абортивными в своем проявлении. Психоэмоциональный спад был длительным. Он был представлен тоскливо-печальным настроением, сочетавшимся с резким и значительным снижением

продуктивности общение. Беседа сводилась к кратким, поверхностным ответами со стороны пациента.

Как и у большинства больных с ПТСР, в нашем случае пациент выявлял несовершенные психологические механизмы адаптации к изменившемуся окружению после возвращения с фронта. У пациента были алкогольные эксцессы (кратковременные запои). В состоянии алкоголизации пациент находил удовлетворительным общение только с боевыми товарищами.

Присутствие родственников и их попытки общения с пациентом, у последнего вызывали смешанные реакции тоски и дисфории, которые так же сменялись относительно длительными периодами сниженного когнитивного функционирования.

Диагностический процесс и дифференцирование расстройств, имеющих у пациента, посредством выявляемых психопатологических феноменов, усложнялся наличием скудных сведений, имеющих у нас. Мы сталкивались с тем, что анамнестические данные (как объективные, так и субъективные) на момент поступления пациента в стационар были недостаточными.

Лечение пациента в отделении было комплексным: психофармакологическим и психотерапевтическим.

Психотерапевтическое сопровождение включало комплексную программу с когнитивно-поведенческой, экзистенциальной терапией, психообразовательными занятиями.

Поведение пациента было двойственным. Он охотно посещал психотерапевтические сессии, но при этом вел себя замкнуто. Значимые затруднения выявлялись с самого начала психотерапевтической работы. Осознанию психотравмирующей боевой ситуации пациент противился. В речи доминировали стереотипные повторения кровавых подробностей, сопровождавшихся аффективной реакцией и стремлением «произвести впечатление» на психотерапевта. При относительно активном участии больного в психотерапии, контакт и уровень сотрудничества не был продуктивным.

Впоследствии, по проработыванию всей боевой психотравмирующей ситуации, актуализировалась хроническая стрессовая ситуация личного характера, длившаяся около 3-х лет. Как выяснилось, пациент обладал крайне низким уровнем социальной поддержки, самореализации и находился в социально-экономической зависимости от других членов семьи.

Основным доступным механизмом компенсации на протяжении многих лет была алкоголизация. К данной форме поведения была снижена критичность. Ее дополняло поведение избегания, также закрепившееся на протяжении последних лет.

В ходе лечения и дополнения к анамнезу (объективному) клинический диагноз расширился. ПТСР дополнили депрессивное расстройство, маскированное алкоголизацией.

Наличие давнего депрессивного расстройства и особенностей микросоциального окружения значительно ослабило типичные механизмы адаптации к психотравмирующей ситуации. Особенности клиники, также обусловлены наличием депрессивного расстройства и сопутствующей алкоголизации. Данная коморбидная психическая патология потребовала видоизменения тактики психотерапевтического воздействия.

Ближайший катамнестический период показал, что изменение психотерапевтического лечения оказалось верным и пациент выписался из отделения в состоянии компенсации.

Первый клинический случай ПТСР приводит пример преморбидной коморбидности.

Клинический случай 2.

ПТСР в сочетании с вторичной коморбидной психической патологией.

Изначально у больного в личностной сфере отмечались замкнутость, малообщительность, низкий уровень социализации (стабильного места работы и инициативы трудиться не имел, семейная жизнь не устроенная, нуждался в постоянной опеке со стороны матери, старшей сестры). Имеется демонстративная суицидальная попытка. Семейный анамнез отягощен самоубийством родного брата.

Во время мобилизации обострились такие черты, как отгороженность, замкнутость, подозрительность. По возвращении домой в отпуск, после получения минно-взрывной травмы в зоне АТО, появилась психосимптоматика, типичная для ПТСР. Наблюдались тревога, бессонница, страх за собственную жизнь, ночные кошмары и реминисцентного эпизоды днем со сценами боевых действий. Стал раздражительным, начал злоупотреблять алкоголем. Об участии в АТО больной очень избирательно делился собственными переживаниями с родными. Данное состояние окончилось спонтанным улучшением.

По возвращении в зону АТО, отдаленную от передовой, ведущая психопатологическая симптоматика была представлена раздражительностью, напряженностью, подозрительностью, неадекватным поведением: публично громко разговаривал сам с собой, выкрикивал фразы, не связанные с разговором. Совершил самострел, запершись в бытовой комнате. При госпитализации предоставлял противоречивые объяснения данного эксцесса.

В отделении наблюдались кратковременные преходящие психотические расстройства: был растерянным, с дезорганизацией мышления, идеями отношения и влияния со стороны, неадекватность аффекта, которые быстро редуцировались на фоне антипсихотической терапии. По выписке были даны рекомендации о демобилизации в первую очередь.

При возвращении в часть вел себя неадекватно, злоупотреблял алкоголем, обвинял окружающих в непонимании, плохом к себе отношении, вел себя вызывающе, провоцировал конфликтные ситуации.

При повторной госпитализации был аффективно неустойчив (аффективные вспышки окрашивали суждения), с тенденцией к снижению настроения; выявлял активный и пассивный негативизм. В мышлении доминировали паралогии и ригидность. Был амбивалентным; в переживаниях периодически присутствовали воспоминания боевых действий и сцены гибели товарищей, которые вызывают стремление вернуться в часть. Критика к своему состоянию отсутствовала. Применяемая комплексная терапия расстройства не дала достаточного эффекта, в связи с чем пациент решением ВВК был признан непригодным к дальнейшей военной службе с исключением (со снятием) с воинского учета.

Данный клинический пример иллюстрирует развитие вторичного шизотипического расстройства у пациента с преморбидным ПТСР.

Выводы.

Таким образом, одним из важнейших факторов риска ПТСР является наличие в преморбиде различной психической патологии, в частности пограничных нервно-

психических расстройств. При этом мы предполагаем, что наряду с предрасполагающим влиянием преморбидного по отношению к ПТСР невротического расстройства, после воздействия экстремальной травмы дезактуализируются проявления преморбидного внутриличностного конфликта, находившегося в основе невроза.

Также, приведенные клинические случаи показали необходимость индивидуального подхода к диагностике и терапии ПТСР, с учетом коморбидной (как первично, так и вторично) психической патологии. В представленных примерах механизмы защиты были недостаточно развиты. Осмысление случившегося в первом случае активизировало предшествующее депрессивное расстройство, которое усугублялось алкоголизацией. Необходимую социальную поддержку пациент не мог получить вследствие конфликтных ситуаций в семье. Так же он обладал недостаточными механизмами самообладания, что связано с преморбидными особенностями личности, интеллектуальным и социально-экономическим уровнями. Во втором случае травматический опыт сначала сформировал ПТСР, а впоследствии шизотипическое расстройство у личности с преморбидными особенностями.

Описанные клинические ситуации показали необходимость тщательного отбора кандидатов и недопущения в ряды военнослужащих лиц с актуальными невротическими расстройствами, а также учета наличия первичной коморбидной психической патологии и особенностей личности, формирующих вторичные расстройства, в диагностике и лечении ПТСР в подобных случаях, с учетом значительной патофизиологии клиники и динамики заболевания.

Литература

1. Боро М. П. Парадигма в развитии психических расстройств в эпоху глобализма // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – №2(27). – С. 3 – 7.
 2. Гиленко М. В. Коморбидность психических расстройств: история развития взглядов на проблему, определение, классификации (аналитический обзор)/ М. В. Гиленко, В. В. Вандыш-Бубко // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С. 28 – 37.
 3. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / уклад.: Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. – Харків, 2014. – 67 с.
 4. Калинин В. В. Тревожные состояния у больных эндогенными психозами и с невротическими расстройствами. Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1996. - 46 с.
 5. Марута Н. А. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих внутренних войск МВД Украины (причины, механизмы, профилактика)/ Н.А. Марута, В.С. Гичун // – Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15. – вип. 1 (50). – С. 71 – 75.
 6. Марута Н. А. Пароксизмальные состояния при невротических расстройствах (клинико-психопатологическая структура и принципы терапии)/ Н. А. Марута, С.П. Колядко // – Український вісник психоневрології. – 2013. – Том 21. – вип. 3 (76). – С. 7 – 12.
 7. Михайлов Б. В. Посттравматические стрессовые расстройства в различных регионах Украины/ Б.В. Михайлов // Медицинская психология. – 2011. – №3. – С. 64 – 64.
 8. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов, С-П., 1995. – 556 с.
-

9. Напреенко А. К., Марчук Т. Е. Посттравматические стрессовые расстройства (обзор литературы)/ А. К. Напреенко, Т. Е. Марчук // Архив психиатрии. – 2001. – № 3. – С. 14 – 19
10. Принципы и практика психофармакотерапии / Ф. Дж. Янчак, Д. М. Девис, Ш. Х.Прескорн, Ф. Дж. Айд младший. Киев, Ника-Цент, 1999,
11. Сукиасян С. Г. Депрессии: коморбидность или клиническое многообразие?/ С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.П. Маргарян // Обзор. психиатрии и мед. психол. – 2007. – Т. 04, № 2. – С. 4 – 7.
12. Чабан О. С. Медико-психологічні та експертні аспекти професійної діяльності аварійно-рятувальних служб/ О. С. Чабан, С. Г. Полшкова // Ліки України плюс. – 2010. – № 2. – С. 4 – 13.
13. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фрийдмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
14. Baillargeon J. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders/ J. Baillargeon, J.V. Penn, K. Knight et al. // Adm. Policy Ment. Health. – 2010. – Vol. 37. – N 4. – P. 367 – 374.
15. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation/ N. Breslau, R. C. Kessler // Biological Psychiatry – 2001. – № 50. – P. 699 – 704.
16. Cloninger C. R. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence / Eds M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lypez-Ibor et al. // Psychiatric Diagnosis and Classification. – Chichester: John Wiley and Sons, 2002. – P. 79 – 105.
17. Elbogen E. B. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions/ E.B. Elbogen, S.C. Johnson // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – N 2. – P. 152 – 161.
18. McNally R. J. Can we fix PTSD in DSM-V? / R. J. McNally // Depression and Anxiety. – 2009. – № 26. – P. 597 – 600.
19. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety/ Lapierre Y, Hamilton D. – November, 1993. – 4(4). – P. 76 – 81
20. Lilienfeld S. O. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research/ Lilienfeld S.O., Waldman I.D., Israel A.C. // Clin. Psychol: Science and Practice. – 1994. – Vol. 1. – P. 71–83.
21. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?/ Maj M. // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 182 –184.
22. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey/ R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson // Arch Gen Psychiatry. – 1995. – № 52(12). – P. 1048 – 1060.

References

1. Bero M. P. Paradigma v razvitii psicheskikh rasstrojstv v epohu globalizma // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. – 2011. – №2(27). – S. 3 – 7.
2. Gilenko M. V. Komorbidnost' psicheskikh rasstrojstv: istorija razvitija vzgljadov na problemu, opredelenie, klassifikacii (analiticheskij obzor)/ M.V. Gilenko, V.V. Vandysh-Bubko // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. – 2011. – № 4. – S. 28 – 37.

3. Diagnostika, terapija ta profilaktika mediko-psihologichnih naslidkiv bojovih dij v suchasnih umovah: metodichni rekomendaciji / uklad.: Voloshin P. V., Maruta N. O., Shestopalova L. F. ta in. – Harkiv, 2014. – 67 s.
 4. Kalinin V. V. Trevozhnye sostojanija u bol'nyh endogennymi psihozami i s nevrolicheskimy rasstrojstvami. Avtoref. diss.dokt. med. nauk. M., 1996. - 46 s.
 5. Maruta N. A. Autoagressivnoe povedenie u voennosluzhashhijih vnutrennijih vojsk MVD Ukrainy (prichiny, mehanizmy, profilaktika)/ N.A. Maruta, V.S. Gichun // – Ukrajin'skij visnyk psihonevrologji. – 2007. – Tom 15. – Vyp. 1 (50). – S. 71 – 75.
 6. Maruta N. A. Paroksizmal'nye sostojanija pri nevrolicheskih rasstrojstvah (kliniko-psihopatologicheskaja struktura i principy terapii)/ N. A. Maruta, S.P. Koljadko // – Ukrajin'skij visnyk psihonevrologii. – 2013. – T. 21. – Vyp. 3 (76). – S. 7 – 12.
 7. Mihajlov B. V. Postravmaticheskie stressovye rasstrojstva v razlichnyh regionah Ukrainy/ B.V. Mihajlov // Medicinskaja psihologija. – 2011. – №3. – S. 64 – 64.
 8. Mosolov S. N. Klinicheskoe primenenie sovremennyh antidepressantov, S-P., 1995. – 556 s.
 9. Napreenko A. K., Marchuk T. E. Posttravmaticheskie stressovye rasstrojstva (obzor literatury)/ A. K. Napreenko, T. E. Marchuk // Arhiv psichiatrii. – 2001. – № 3. – S. 14 – 19
 10. Principy i praktika psihofarmakoterapii / F. Dzh. Janchak, D. M. Devis, Sh. H. Preskorn, F.Dzh. Ajd mladshhij. Kiev, Nika-Cent, 1999.
 11. Sukiasjan S. G. Depressii: komorbidnost' ili klinicheskoe mnogoobrazie? / S.G. Sukiasjan, N. G. Manasjan, S. P. Margarjan // Obozr. psichiatrii i med. psihol. – 2007. – T. 04, – № 2. – S. 4 – 7.
 12. Chaban O. S. Mediko-psihologichni ta ekspertni aspekti profesijnoï dijaj'nosti avarijno-rjatuval'nih sluzhb/ O.S. Chaban, S. G. Polshkova // Liki Ukraïni pljus. – 2010. – № 2. – S. 4 – 13.
 13. Jeffektivnaja terapija posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva/ Pod red. Je. Foa, T. M. Kina, M. Fridmana. – M.: «Kogito-Centr», 2005. – 467 s.
 14. Baillargeon J. Risk of reincarceration among prisoners with co-occurring severe mental illness and substance use disorders/ J. Baillargeon, J.V. Penn, K. Knight et al. // Adm. Policy Ment. Health. – 2010. – Vol. 37. – N 4. – P. 367 – 374.
 15. Breslau N. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation/ N. Breslau, R. C. Kessler // Biological Psychiatry – 2001. – № 50. – R. 699 – 704.
 16. Cloninger C. R. Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: the need for a psychobiology of coherence / Eds M. Maj, W. Gaebel, J.J. Lupez-Ibor et al. // Psychiatric Diagnosis and Classification. – Chichester: John Wiley and Sons, 2002. – R. 79 – 105.
 17. Elbogen E. B. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions/ E. B. Elbogen, S. C. Johnson // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – N. 2. – P. 152 – 161.
 18. McNally R. J. Can we fix PTSD in DSM-V? / R. J. McNally// Depression and Anxiety. – 2009. – № 26. – R. 597 – 600.
 19. Lapierre Y, Hamilton D. Focus on depression and anxiety/ Lapierre Y, Hamilton D. – November, 1993. – 4(4). – R. 76 – 81
 20. Lilienfeld S. O. A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research/ Lilienfeld S. O., Waldman I. D., Israel A. C. // Clin.
-

Psychol: Science and Practice. – 1994. – Vol. 1. – R. 71–83.

21. Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artefact of current diagnostic systems?/ Maj M. // Br. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 186. – P. 182–184.

22. Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey/ R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson // Arch Gen Psychiatry. – 1995. – № 52(12). – R. 1048 – 1060.

Надійшла до редакції 02.09.2015
