

**ПТСР В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ
ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ:
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
И ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

К.А. Идрисов

Чеченский государственный университет, Грозный

Введение. С момента введения в 1980 г. в классификации DSM-III в психиатрическую практику диагноза "Посттравматическое стрессовое расстройство" (ПТСР) выполнено большое число исследований, охватывающих широкий спектр вопросов, связанных с эпидемиологическими, культуральными, гендерными, возрастными и клиническими особенностями ПТСР.

Данные о распространенности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди населения значительно варьируют – от 1 % в более ранних исследованиях и до 12 % по последним исследованиям.

Популяционное исследование, проведенное в выборке городского населения в США, показало, что среди 1007 обследованных человек 39,1 % в течение жизни пережили различные психотравмирующие события, из которых 23,6 % имели ПТСР. Распространенность ПТСР во всей выборке составила 9,2 % [13-16]. В ходе другого популяционного исследования, проведенного в США, было обследовано 5877 человек в возрасте от 15 до 54 лет, из которых 7,8 % в течение жизни имели ПТСР [26, 27].

Обследование 3138 взрослых жителей Н. Новгорода показало, что 31,8 % из них в течение жизни пережили ситуацию, связанную с угрозой для жизни (своей или близких) в результате чего в 5,2 % случаев был установлен диагноз ПТСР [11].

В исследовании, проведенном в Германии, обследован 3021 человек 14-24 лет. Несмотря на то что 26 % мужчин и 17,7 % женщин сообщили по крайней мере об одном психотравмирующем событии, ПТСР имелось только у 1 % мужчин и 2,2 % женщин [29, 30]. По данным обследования 2509 человек в четырех городах Мексики, 76 % обследованных пережили воздействие психической травмы, а у 11,2 % имелось ПТСР [28].

Показатели распространенности ПТСР значительно увеличиваются в регионах, где происходят или происходили военные действия. Среди обследованных 2493 человек распространенность ПТСР в США среди населения составила 1 %, среди переживших физические травмы и ветеранов Вьетнама, которые не были ранены, – 3,5 %, среди ветеранов Вьетнама, имевших ранения, – 20 % [22].

Исследования, проведенные среди косовских албанцев после войны 1998-1999 гг., выявило ПТСР в 17,1 % случаев в 1999 г. и в 25 % случаев в 2000 г. [19, 20]. Данные исследования, проведенного в Афганистане, показали, что среди 799 взрослых афганцев 62 % пережили за последние 10 лет по крайней мере четыре психотравматических события, а у 42,2 % имелось ПТСР [18]. Согласно другому популяционному исследованию, в выборке из 1011 жителей Афганистана старше 15 лет 43,7 % человек пережили от 8 до 10 психотравмирующих событий, а у 20,4 % имелось ПТСР [32].

Сравнительное кросс-культуральное исследование в четырех странах, где происходили военные действия, показало, что уровень распространенности ПТСР составил: в Алжире – 37,4, в Камбодже – 28,4, в Эфиопии – 15,8, в Газе – 17,8 % [23].

Таким образом, независимо от региона обследования, метода исследования и диагностических инструментов разные исследователи получают одинаково высокие показатели распространенности ПТСР под влиянием военных событий.

Глубокий социально-экономический и политический кризис, начавшийся в России 1991 г., в Чеченской Республике принял крайние формы. Активные военные действия проходили в два основных этапа. Первый этап – с декабря 1994 до сентября 1996 г., второй этап – с сентября 1999 до 2004 г. Между этими двумя этапами территория Чеченской Республики находилась под контролем незаконных вооруженных формирований, которые терроризировали мирное население в течение трех лет. Таким образом население Чеченской Республики почти 13 лет жило в условиях антропогенной чрезвычайной ситуации. За этот период по разным оценкам погибло от 150 до 200 тысяч человек. Оказались полностью разрушенными г. Грозный и сотни

других населенных пунктов, вся социальная инфраструктура и производственный комплекс. Более 250 тысяч человек (четверть населения), спасаясь от войны, выехали за пределы Чеченской Республики, и в течение пяти лет жили в лагерях беженцев на территории соседней Ингушетии, испытывая на себе все тяготы жизни в лагерях беженцев. Многие годы большинство жителей Чеченской Республики были лишены элементарных условий жизнеобеспечения: качественного питания, газа, электрического освещения, чистой воды. Все это позволяет считать, что население Чеченской Республики длительное время находилось под воздействием комплекса военных, социально-экономических и психологических патогенных факторов, способных вызвать значительные расстройства психического здоровья. Однако данные о частоте этих расстройств, в том числе ПТСР, их структуре и выраженности отсутствовали, что потребовало проведения специального исследования.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования случайным образом сформирована выборка из 1000 человек, проживающих в четырех районах Чеченской Республики, где проходили боевые действия, и контрольная группа из 200 человек в Надтеречном районе Чеченской Республики, где не было военных действий. В обследование не включались граждане моложе 18 лет, а также лица, имеющие выраженные психические или соматические заболевания. Обе выборки обследовались четыре раза: 2002, 2004, 2006 и 2008 гг.

Для диагностики ПТСР нами использовалась Мюнхенская диагностическая анкета (МДА) на основе DSM-III-R (Hiller et al., 1990). Эта анкета принята Всемирной организацией здравоохранения в систему инструментов МКБ-10 и может быть использована как основа стандартизованного психиатрического интервью (Хавенаар И.М., 1996). Данный диагностический инструмент имеет структуру дерева принятия решений, с пропусками и переключениями в необходимых точках на другие разделы и позволяет дифференцировать симптоматику ПТСР на текущую и предшествующую моменту обследования, что представляется важным в лонгитюдных исследованиях.

Для составления социально-демографической характеристики обследуемой выборки анкета была дополнена перечнем вопросов, позволяющих получить сведения о возрасте, образовании, семейном положении, профессиональной деятельности, характере пережитых психотравмирующих событий.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows.

Полученные результаты. Прежде всего необходимо было оценить частоту и характер пережитых психотравмирующих событий, способных по своей силе вызвать ПТСР. Изначально в списке психотравмирующих событий присутствовал значительно больший перечень, описывающий специфические события, например: нахождение под бомбежкой, в зоне артиллерийского или минометного обстрела. Однако затем все эти случаи были объединены в один признак: "прямая угроза для жизни", имея в виду, что человек находился в ситуации, реально угрожающей его жизни и пережил сильный страх и/или ужас.

Характер и частота психотравмирующих событий, пережитых обследуемыми за годы военных действий с учетом того, что часть обследуемых пережили более одного события, отражены в табл. 1. Частоты психотравмирующих событий в контрольной группе оказались достоверно ниже, чем в основной выборке, за исключением частоты ранений, по которым различий в основной выборке и в контрольной не выявлено. Однако если в основной выборке ранения носили преимущественно военный характер (осколочные, минно-взрывные травмы), то в контрольной группе ранения носили бытовой или криминальный характер.

Анализ территориального распределения психотравмирующих событий показал, что наиболее часто угрозу для жизни испытывали обследуемые, проживавшие в г. Грозном – 22,6 %, затем следовали с. Ачхой-Мартан – 13,7 %, г. Гудермес – 8,5 %, с. Урус-Мартан – 7,8 % ($\chi^2=46,14$, $df=3$; $p<0,001$).

Таблица 1

Характер и частота психотравмирующих событий, выявленных в обследуемой выборке (n=4600), %

Психотравмирующие факторы	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
1. Прямая угроза для жизни	59	61	61	52,6	13
2. Ранения	5,4	4,6	3,9	3,1	5,5
3. Свидетельство насильственной смерти	20,3	17,6	18,4	10	2,8
4. Подвергались пыткам	1,5	1,9	2,4	1,5	0
5. Гибель близкого человека	5,5	7	9,3	10,6	1,1
6. Пропавший без вести близкий человека	2,7	3,4	5,1	4,8	0,8
7. Свидетельство разрушения собственного дома	19,2	15	12,1	6,5	1,4
8. Отсутствуют	32,3	28,5	30,3	37,4	78,2

Примечание. В связи с отсутствием статистически значимой динамики в показателях контрольной группы здесь и в дальнейшем указаны усредненные данные по всем этапам обследования

В распределении психотравмирующих событий среди мужчин и женщин не было статистически достоверных различий, за исключением случаев, связанных с ранением и пытками, в которых доля мужчин была достоверно выше ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Частота и тип течения ПТСР на различных этапах обследования (n=4600), %

Тип течения ПТСР	Этапы исследования				Контр. группа
	2002	2004	2006	2008	
Всего	312	30,1	25,2	24,9	3,9
текущий	21,2	1,1	1,6	1,5	1,2
предшествующее-текущий	8,5	15,7	11,9	10,8	2,1
предшествующий	1,5	13,3	11,7	12,6	0,6

Как видно в табл. 2, на первом этапе (2002), в период высокой частоты жизнеугрожающих событий, состояние 31,2 % обследованных соответствовало клиническим критериям ПТСР.

При этом с ростом числа психотравмирующих событий увеличивалась вероятность развития ПТСР. У переживших одно событие ПТСР развились в 34,4 % случаев, у переживших два события – в 50,3 % случаев, у переживших три события и более – в 78 % случаев. На последующих этапах, характеризующихся низким уровнем угроз для жизни, частота новых случаев ПТСР составила 1,1–1,5 %, что соответствует показателям контрольной группы (1,2 %).

Таким образом, показатели распространенности ПТСР на территории Чеченской Республики, где проходили военные действия, значительно превышают показатели распространенности ПТСР на территории, где не было военных действий (31,2 и 3,9 %, соответственно).

Анализ социально-демографической характеристики группы с ПТСР показал, что 65,1% составили женщины, 34,9% – мужчины ($\chi^2=6,971$, $df=1$; $p<0,01$).

По возрасту группа с ПТСР распределилась следующим образом: 18–25 лет – 10,6, 26–35 лет – 16, 36–45 лет – 22,4, старше 46 лет – 51 %. Таким образом, частота ПТСР нарастает по мере увеличения возраста обследуемых, а половина случаев с ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет ($\chi^2=29,041$, $df=3$; $p<0,001$).

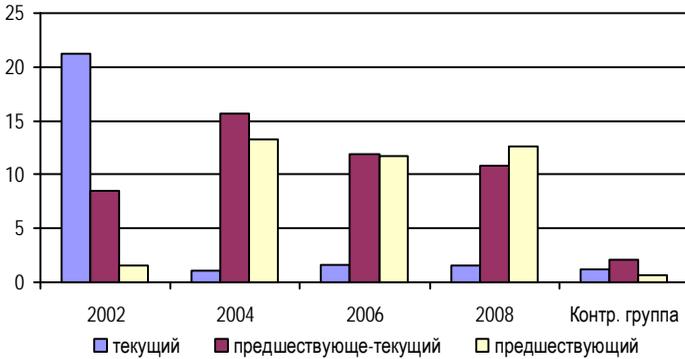
По образованию: лица с начальным и средним образованием составили 52,3 % всех случаев ПТСР, среднеспециальным – 23 %, полным или незаконченным высшим – 24,7 %.

По трудовой занятости: имели работу – 30,8, не работали – 32,4, имели случайные заработки – 8,7, группу инвалидности – 5,1, пенсионеры – 23,1 %.

Распределение лиц с ПТСР по семейному положению: состоят в браке – 61,9, вдовы – 19,6, разведены – 7,1, не женаты / не замужем – 11,5 %. По этому признаку группа с ПТСР имела достоверные различия с основной выборкой: вдовых в группе с ПТСР было 19,6 %, в основной выборке – 9,4, разведенных – соответственно 7,1 и 4,5, не женатых / не замужних – 11,5 и 21,4 % ($\chi^2=31,612$, $df=3$; $p<0,001$).

Важным достоинством использованной нами диагностической анкеты является возможность выявления различных типов

течения ПТСР, что дает возможность проследить динамику ПТСР в изучаемой выборке на различных этапах исследования. Выявляются следующие типы течения ПТСР: а) текущий тип (симптомы ПТСР выявлены впервые на момент обследования); б) текуще-предшествующий тип (симптомы ПТСР выражены в настоящее время, но они существовали и в прошлом); в) предшествующий тип (симптомы ПТСР существовали в прошлом, но в настоящее время они не актуальны для обследуемого) (рисунок).



Распределение обследуемых по типу течения ПТСР на различных этапах обследования (n=4600), %

Как видно в табл. 2 и на рисунке, различие показателей частот текущего типа течения ПТСР оказалось наиболее впечатляющим. Если на первом этапе доля обследуемых с ПТСР текущего типа составила 21,2 %, то на последующих этапах она составила 1,1–1,5 % ($\chi^2=118,40$; $p<0,001$; $r_s=0,542$ при $p<0,001$).

На втором этапе исследования показатели предшествующе-текущего типа ПТСР оказались несколько выше показателей предшествующего типа (15,7 и 13,3 % соответственно), на третьем этапе показатели этих двух типов течения ПТСР выравниваются, а на последнем этапе показатели предшествующего типа ПТСР превышают показатели предшествующе-текущего типа ПТСР (12,6 и 10,8 % соответственно). И хотя указанные различия показателей между этими типами течения ПТСР оцениваются только на уровне статистической вероятности, можно го-

ворить об устойчивой тенденции дезактуализации значительной доли случаев ПТСР по мере отдаления от психотравмирующей ситуации и улучшения качества жизни пострадавших.

Гендерные различия по типам течения ПТСР выявлены только в текущей форме: мужчин было 6,7, женщин – 10,3 % ($\chi^2=16,672$ при $p=0,001$). По другим типам течения ПТСР различия между мужчинами и женщинами недостоверны. Одним из самых важных факторов, влияющих на динамику симптомов ПТСР, оказался возраст обследуемых (табл. 3).

Таблица 3

Соотношение типов течения ПТСР по возрастам обследуемых (общие данные по всем этапам обследования) (n=4000), абс/%

Возраст, лет	По типам течения ПТСР, абс/%				Всего
	нет ПТСР	текущий	предшеств.-текущий	предшеств.	
18–25	531/18,4	49/14,1	22/5,7	32/8,4	634/15,9
26–35	758/26,3	58/16,7	59/15,4	78/20,4	953/23,8
36–45	681/23,6	75/21,6	113/29,4	118/30,8	987/24,7
старше 45	916/31,7	165/47,6	190/49,5	155/40,5	1426/35,7
Всего	2886	347	384	383	4000

В возрастной группе старше 45 лет ПТСР формировались достоверно чаще, чем в трех других возрастных группах. На последующих этапах в возрастных группах 18–25 лет и 26–35 лет показатели предшествующего типа течения ПТСР оказываются выше, чем показатели текуще-предшествующего типа. В возрастной группе 36–45 лет показатели этих двух типов течения ПТСР сопоставимы. В возрастной группе старше 45 лет показатели предшествующе-текущего типа течения ПТСР превосходят показатели предшествующего типа течения, особенно эти соотношения выражены на третьем и четвертом этапах обследования (достоверность межгрупповых различий: $\chi^2=140,204$ при $p<0,001$; $r_s=0,364$ при $p<0,01$).

Обсуждение. Полученные нами результаты показывают высокий уровень распространенности ПТСР среди населения Чеченской Республики, проживавшего в зоне военных действий (31,2 %). Этот вывод подтверждается и результатами обследо-

вания контрольной группы, не подвергавшейся воздействию стрессовых факторов военного времени, в которой распространенность ПТСР составила 3,6 %. Распространенность ПТСР напрямую зависела от количества и качества стрессовых событий, после прекращения военных действий частота ПТСР снижается до уровня показателей на территории, где не происходило военных действий.

Высокий уровень распространенности ПТСР среди населения, проживающего в зоне военных действий, подтверждается рядом популяционных исследований, проведенных в других странах, где проходили военные действия [18-20, 23-25, 32], что свидетельствует о значительной силе патогенного воздействия факторов военного времени на психическое здоровье населения. С другой стороны, мирное население часто оказывается между противоборствующими сторонами, однако в отличие от комбатантов не имеет специальной тренировки и навыков по выживанию в условиях военного времени, не имеет оружия для самозащиты и мандата на его применение. Осознание собственной незащитности, высокий уровень переживания за своих близких, свое имущество, равно как и резкое ухудшение социально-бытовых условий, значительно снижают индивидуальную сопротивляемость стрессовым факторам и повышают риск развития ПТСР.

Вместе с тем далеко не у всех людей, переживших психотравмирующие события, формируется ПТСР, несмотря на наличие отдельных его признаков. Как считает В.Н. Краснов (2005), протрагированные реакции при возможной общности отдельных проявлений, в частности повторных воспоминаний, представлений трагических событий, никак не могут быть отнесены к ПТСР в силу отсутствия очевидных личностных изменений, сохранности на данном этапе конструктивных социально ориентированных связей с окружением. По данным нашего исследования, 67,7 % обследованных пережили психотравмирующие события, по своей силе могущие вызвать ПТСР, из которых 55,6 % испытывали возврат неприятных воспоминаний о пережитом событии, а 43,7 % пытались избегать мыслей или чувств, связанных с травмой, однако полная клиническая картина ПТСР

присутствовала только у 31,2 %. Таким образом, в половине случаев пострадавшие смогли совладать с психической травмой, используя индивидуальные адаптационные ресурсы и/или своевременную медико-социальную поддержку [8, 9, 31]. Однако вопрос, почему в одних случаях ПТСР развивается, а в других нет, все-таки остается открытым, несмотря на многочисленные исследования в этом направлении.

На основе метаанализа факторов риска ПТСР С.Р. Brewin et. al. (2000) выделяют три категории факторов, влияющих на развитие ПТСР: 1) пол, возраст и раса; 2) образование, наличие предыдущих травм и общая неблагоприятная атмосфера в детстве; 3) менее специфичная – наследственность, жестокое обращение в детстве, психиатрический анамнез.

Женщины оказались более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (65,1 и 34,9 % соответственно), хотя различий в частоте пережитых психотравмирующих событий между мужчинами и женщинами не установлено. Но даже при условии, что женщины реже сталкиваются с психотравмирующими ситуациями, у них достоверно чаще формируются ПТСР, чем у мужчин [16, 28, 33, 34].

Возраст является одним из существенных факторов, влияющих на развития ПТСР, хотя это влияние освещено в литературе недостаточно. Как показывает наше исследование, с увеличением возраста растет риск развития ПТСР, а половина случаев ПТСР приходится на возрастную группу старше 45 лет. Высокая уязвимость старшей возрастной группы может быть связана со снижением адаптационных возможностей, утратой психологической пластичности, обеспечивающей преодоление последствий психической травмы [3, 4].

По данным R.C. Kessler et. al. (1995), более одной трети лиц, имевших ПТСР, даже через много лет продолжали сохранять болезненные симптомы. Согласно нашим исследованиям, через 24 месяца после формирования ПТСР у 52 % симптомы ПТСР продолжали оставаться актуальными, а через 48 месяцев – у 47 %. Эти показатели близки и к данным других популяционных исследований [27, 29, 30].

В связи с этим вполне закономерно ставить вопрос о качестве исхода ПТСР. Наши предыдущие исследования и данные настоящего исследования показывают, что в случае отсутствия своевременной помощи спонтанное выздоровление наступает только в малой доле случаев, в большинстве своем ПТСР принимает флюктуирующий характер, часто прикрываясь и маскируясь коморбидными непсихотическими психическими или соматическими расстройствами [2]. О высокой коморбидности ПТСР с другими заболеваниями свидетельствуют и данные других исследователей [13, 26, 29, 31].

Выводы. Среди населения, живущего на территории, охваченной войной, формируется высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств, которые сохраняются длительное время, повышают риск развития коморбидных психических и соматических расстройств, приводят к социальной дезадаптации различной степени и значительно снижают качество жизни пострадавших.

Необходимость оказания за относительно короткий период времени дифференцированной медико-социальной и собственно психолого-психиатрической помощи большому числу пострадавших требует поиска новых организационных подходов с вовлечением различных уровней системы здравоохранения, в том числе первичной медицинской сети.

Литература

1. *Волошин В.М.* Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: Анахарсис, 2005. 200 с.
2. *Идрисов К.А.* Динамика ПТСР у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта // Соц. и клин. психиатрия. 2002. № 3. С. 34–37.
3. *Идрисов К.А., Краснов В.Н.* Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 2. С. 5–10.
4. *Идрисов К.А., Краснов В.Н.* Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации. Сообщение 2: Сравнение двух этапов популяцион-

- ного исследования с интервалом 2 года ситуации // Соц. и клин. психиатрия. 2005. № 3. С. 5–11.
5. *Каменченко П.В.* Посттравматическое стрессовое расстройство // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1993. № 3. С. 95–99.
 6. *Коханов В.П., Кекелидзе З.И.* Особенности психических реакций у населения, пострадавшего в результате локального вооруженного конфликта // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3. № 4. С. 120–123.
 7. *Краснов В.Н.* Методологические и организационные аспекты психиатрии катастроф // Медицина катастроф. 1995. Т. 6. № 1. С. 16–20.
 8. *Краснов В.Н.* На путях предупреждения и преодоления последствий чрезвычайных ситуаций // Амбулаторная и больничная психотерапия и мед. психология. 2004. Вып. 2. С. 146–148.
 9. *Краснов В.Н.* Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Соц. и клин. психиатрия. 2005. Т. 15. № 2. С. 5–10.
 10. *Краснянский А.Н.* Посттравматическое стрессовое расстройство (обзор литературы) // Синапс. 1993. № 3. С. 14–34.
 11. *Чуркин А.А., Касимова Л.Н.* Частота посттравматических стрессовых расстройств в городской популяции // Актуал. пробл. психиатрии, наркологии и неврологии: сб. науч. тр. / под ред. В.И. Михайлова, А.А. Чуркина. Хабаровск, 2001. Вып. 3. С. 354–359.
 12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition. Washington DC, 1987.
 13. *Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C., Davis G.C.* Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma // Am. J. Psychiatry. 1999. N 156. P. 902–907.
 14. *Breslau N., Davis G.C.* Posttraumatic stress disorder: The etiologic specificity of wartime stressors // Am. J. Psychiatry. 1987. N 144. P. 578–583.
 15. *Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // Arch. Gen. Psychiatry. 1991. N 48. P. 216–222.
 16. *Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P.* Trauma and posttraumatic stress disorder in the community // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. N 55. P. 626–632.
 17. *Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D.* Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults // J. of Consulting and Clinical Psychology. 2000. N 68. P. 748–766.

18. *Cardozo B.L., Bilukha O.O., Crawford C.A., Shaikh I., Wolfe M.I., Gerber M.L., Anderson M.* Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan // *J. Am. Medical Assoc.* 2004. Aug. 4, 292(5). P. 575–84.
19. *Cardozo B.L., Vergara A., Agani F., Gotway C.A.* Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo // *J. Am. Medical Assoc.* 2000. Aug. 2, 284 (5). P. 569–77.
20. *Cardozo L.B., Kaiser R., Gotway C.A., Agani F.* Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo // *J. Trauma Stress.* 2003. N 16(4). P. 351–60.
21. *Davidson J.R., Hughes D., Blazer D.G., George L.K.* Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study // *Psychol. Med.* 1991. N 21. P. 731–721.
22. *Helzer J.E., Robins L.N., McEvoy L.* Posttraumatic stress disorder in the general population // *New Engl. J. Med.* 1987. N 317. P. 1630–1634.
23. *de Jong J., Komproe I.H., van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., van der Put W., Somasundram D.* Lifetime events and post-traumatic stress disorder in 4 post conflicts settings // *J. Am. Medical Assoc.* 2001. N 86(5). P. 555–562.
24. *Jong K. de , Mulhern M., Ford N., van der Kam S., Kleber R.J.* The trauma of war in Sierra Leone // *The Lancet.* 2000. Vol. 355. P. 2067–2068.
25. *Jong K. de , Mulhern M., Ford N., Simpson I., Swan A., van der Kam S.* Psychological Trauma of the civil war in Sri Lanka // *The Lancet.* 2002. Vol. 359. P. 1517–1518.
26. *Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. N 62. P. 617–627.
27. *Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995. N 52. P. 1048–1060.
28. *Norris F.N., Murphy A.D., Baker C.K., Perilla J.L., Gutierrez Rodriguez F., Gutierrez Rodriguez J.* Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico // *J. Abnormal Psychology.* 2003. N 112. P. 646–656.
29. *Perkonigg A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U.* Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // *Acta Psychiatr. Scand.* 2000. N 101. P. 46–59.

30. *Perkonig A., Pfister H., Stein M.B., Höfler M., Lieb R., Maercker A., Wittchen H.-U.* Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults // *Am. J. Psychiatry.* 2005. N 162. P. 1320–1327.
31. *Rosenberg H.J., Rosenberg S.D., Wolford G.L. 2nd, Manganiello P.D., Brunette M.F., Boynton R.A.* The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical groups // *Int. J. Psychiatric Medicine.* 2000. N 30(3). P. 247–259.
32. *Scholte W.F., Olf M., Ventevogel P., de Vries G.J., Jansveld E., Cardozo B.L., Crawford C.A.* Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan // *J. Am. Medical Assoc.* 2004. Aug 4., 292(5). P. 585–593.
33. *Tolin D.F., Foa E.B.* Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research // *Psychological Bulletin.* 2006. N 132. P. 959–992.
34. *Tolin D.F., Breslau N.* Sex differences in risk of PTSD // *National Center for PTSD.* 2007. Vol. 18, N 2.