

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.89-02:613.863]-07-08

Хоженко Е.В.<sup>1</sup>, Кипарисова Е.С.<sup>2</sup>, Екушева Е.В.<sup>2</sup>, Пузин М.Н.<sup>2</sup>, Денищук И.С.<sup>2</sup>,  
Пряников И.В.<sup>2</sup>, Маккаева С.М.<sup>2</sup>, Лепав Ю.В.<sup>2</sup>, Афанасьев Б.Г.<sup>2</sup>, Дымочка М.А.<sup>3</sup>,  
Тарасова Л.А.<sup>3</sup>

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

<sup>1</sup>ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, 125481, г. Москва, Россия;

<sup>2</sup>НОЧУ ДПО «Медицинский стоматологический институт», 127253, г. Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России, 127486, г. Москва, Россия

*Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как в мире, так и в нашей стране уже давно не является патологией, свойственной только военным людям. В настоящее время наблюдается рост числа больных, страдающих ПТСР. Болезнь негативно сказывается как на психическом, так и на соматическом состоянии больных. Несвоевременное и некачественное лечение больных ПТСР способствует хронизации патологического процесса, приводит к социальной дезадаптации, препятствует возвращению к трудовой деятельности. С ПТСР сталкиваются врачи самых разных специальностей, и чаще всего это врачи-неврологи. Статья затрагивает наиболее актуальные вопросы, касающиеся ПТСР. Пристальное внимание уделяется дифференциальной диагностике этого заболевания и методам лечения в соответствии с достижениями клинической практики. На современном уровне изложены методы фармако- и психотерапии больных ПТСР.*

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); дифференциальная диагностика; психофармакотерапия.

**Для цитирования:** Хоженко Е.В., Кипарисова Е.С., Екушева Е.В., Пузин М.Н., Денищук И.С., Пряников И.В. и др. Особенности диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства в практике невролога. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017; 20 (3): 158–161. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-158-161>

**Для корреспонденции:** Хоженко Елена Владимировна, д-р мед. наук, главный внештатный невролог. E-mail: [Choshenko@mail.ru](mailto:Choshenko@mail.ru).

*Khozhenko E.V.<sup>1</sup>, Kiparisova E.S.<sup>2</sup>, Ekusheva E.V.<sup>2</sup>, Puzin M.N.<sup>2</sup>, Denishchuk I.S.<sup>2</sup>, Pryanikov I.V.<sup>2</sup>, Makkaeva S.M.<sup>2</sup>, Lepaev Yu.V.<sup>2</sup>, Afanas'ev B.G., Dymochka M.A.<sup>3</sup>, Tarasova L.A.<sup>3</sup>*

## THE PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF THE POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN THE PRACTICE OF A NEUROLOGIST

<sup>1</sup>Clinical Military Hospital, Moscow, 125481, Russian Federation;

<sup>2</sup>Medical Dental Institute, Moscow, 127253, Russian Federation;

<sup>3</sup>Ministry of Labor of Russia, 127486, Moscow, Russian Federation

*The posttraumatic stress disorder (PTSD) is no longer the pathology proper only to military men both over the world and in our country. At the present time there is observed a gain in PTSD patients. The disease has the negative impact both on the psychical and on somatic state of patients. The untimely and unqualified treatment of PTSD patients contributes to the chronicity of a pathologic process, results in social dysadaptation, prevents the return to the working activity. Doctors of very different specialities, most often neurologists, come into collision with PTSD. The article touches up the most urgent questions concerning PTSD, with the great attention paid to the differentiated diagnostics of the disease and methods of the treatment according to the achievements of the clinical practice. The methods of pharmacotherapy and psychotherapy of PTSD patients have been described on a contemporary level.*

**Key words:** PTSD; differentiated diagnostics; psychopharmacotherapy.

**For citation:** Khozhenko E.V., Kiparisova E.S., Ekusheva E.V., Puzin M.N., Denishchuk I.S., Pryanikov I.V. et al. The peculiarities of diagnostics and therapy of the posttraumatic stress disorder in the practice of a neurologist. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya (Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation, Russian Journal)*. 2017; 20 (3): 158–161. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9537-2017-20-3-158-161>

**For correspondence:** Elena V. Khozhenko, MD, PhD, DSc, Chief visiting Neurologist, Moscow, 125481, Russian Federation. E-mail: [Choshenko@mail.ru](mailto:Choshenko@mail.ru).

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgment.** The study had no sponsorship.

Received 24 July 2017

Accepted 29 August 2017

Понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) окончательно сложилось к 1980 г., хотя воздействие травматических ситуаций на пси-

хичу человека привлекало внимание специалистов и гораздо раньше (определённые наблюдения и исследования проводились после Гражданской войны

в Америке, Гражданской войны в России, Первой и Второй мировых войн). Современному понятию ПТСР соответствуют расстройства, описываемые на протяжении XIX–XX веков терминами «травматический невроз» и «военный невроз». Мощным толчком к развитию интереса к данной проблеме послужила война во Вьетнаме, после которой американское общество вплотную столкнулось с проявлениями так называемого «вьетнамского синдрома» [1]. В 1995 г. это расстройство было внесено в десятую редакцию Международной классификации болезней (МКБ-10), основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию. ПТСР – это «отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые, в принципе, могут вызвать дистресс практически у любого человека» (МКБ-10) [2].

Частота распространённости ПТСР среди населения колеблется, по разным данным, в пределах 1–67% с вариативностью, связанной с методами обследования, особенностями популяции, а также, по мнению некоторых авторов, с отсутствием единого чёткого подхода к определению диагностических критериев данного расстройства [1, 3–5].

### Этиология и патогенез

ПТСР развивается у людей, переживших событие, являющееся в высшей степени травмирующим практически для любого человека. Это расстройство может развиваться у 50–80% людей, испытавших такое воздействие.

Формирование ПТСР при утрате объекта привязанности происходит в первые 6 мес после психотравмирующего события и продолжается от 6 мес до нескольких лет и более. Так же, как и классические формы ПТСР, эти состояния отличаются следующими особенностями: 1) формируются в несколько стадий, приобретаая, таким образом, пролонгированное течение; 2) определяются полиморфной психопатологической структурой; 3) завершаются стойкими резидуальными состояниями в 6–20% случаев с отчётливой длительной дезадаптацией. Следует подчеркнуть, что данные об отдалённых этапах (первые 6–12 мес после психотравмирующего воздействия) свидетельствуют о появлении в структуре ПТСР помимо реактивных образований других расстройств, сосуществующих одновременно с основным расстройством по механизму коморбидных связей [6–8].

### Диагностика

Посттравматическое стрессовое расстройство – относительно новый для отечественной психиатрии диагноз. В МКБ-10 оно включено в раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F40–F48), в котором «Посттравматическое стрессовое расстройство» представлено в рубрике F43.1 [2].

В МКБ-10 клиническая картина ПТСР описывается весьма лаконично. В качестве обязательных критериев указываются очевидная связь возникновения болезни с тяжёлым стрессогенным событием (при этом расстройство может быть отдалённым от события на несколько недель или месяцев, однако не более чем

на полгода), повторяющиеся эпизоды воспоминаний о событии, ночные кошмары, отчуждение, «эмоциональная оцепенелость» и ангедония.

Реальная клиническая картина ПТСР, естественно, значительно богаче. Одно из важных её проявлений заключается в том, что, несмотря на тяжёлые страдания, больные очень редко самостоятельно обращаются за помощью в психиатрические (и вообще в медицинские) учреждения. С практической точки зрения это значит, что большинство пациентов остаются без необходимой им помощи, и в связи с этим возникает проблема специальной её организации.

В 1990–1994 гг. по договору между Научным центром психического здоровья РАМН и Университетом штата Кентукки (США) проведено исследование ПТСР, которое включало лиц с травматической ампутацией конечностей, участников войны в Афганистане, ветеранов войны во Вьетнаме, а также пострадавших при землетрясении в Армении. В качестве рабочего инструмента предусматривалось использование блока из 5 стандартных психологических методик, в частности «Симптоматического опросника здоровья» (Symptom Checklist-90). Клиническая диагностика оказалась полностью подтверждённой, и, следовательно, использованные методики могут быть рекомендованы для надёжного и стандартного распознавания ПТСР [3].

### Классификация ПТСР

По характеру течения выделяют острые, хронические и отсроченные ПТСР. Последние два вида иногда объединяют под названием «ПТСР, хронические и отсроченные» [9].

Острое развитие ПТСР диагностируют при возникновении симптомов в пределах 3 мес после травмы. О хроническом развитии ПТСР говорят, когда продолжительность симптомов превышает 3 мес. И наконец, для отсроченных ПТСР характерно появление симптомов после латентного периода (6 мес и более) [6, 7].

В результате анализа динамики психического здоровья пострадавших при крупномасштабных авариях и катастрофах, а также вынужденных переселенцев наблюдается общая для психопатологии тенденция «неврогенеза» – от невротической реакции к невротическому состоянию и к невротическому (патохарактерологическому) развитию личности, во многих случаях сопровождающемуся соматоформными нарушениями. Клиническая оценка наблюдаемых при этом расстройств позволила выделить типичные и атипичные варианты течения ПТСР.

На основании анализа психопатологической структуры симптомов ПТСР установлено несколько синдромов, наиболее часто встречающихся и характерных для хронического ПТСР: тревожный, дисфорический, апатический и соматоформный [6].

Таким образом, ПТСР рассматривается как неоднородная диагностическая категория.

### Клиническая картина

Установлено, что ПТСР в своём развитии проходит 3 стадии. Первая стадия – «непосредственных реакций на стресс», вторая – «формирования стержневых синдромов ПТСР», третья – «присоединения коморбидных состояний» [7].

При анализе нозологической структуры состояний, коморбидных ПТСР, выявлено, что наибольший удельный вес приходился на аффективные расстройства настроения в виде депрессивных расстройств. Далее следуют алкогольная зависимость, соматоформные расстройства, представленные конверсионными расстройствами, ипохондрией и соматоформным болевым расстройством. Реже встречаются тревожно-фобические расстройства, представленные преимущественно паническими расстройствами. Анализ распределения больных ПТСР с коморбидными состояниями по продолжительности заболевания показал, что при продолжительности заболевания до 3-х мес (благоприятное течение) коморбидные состояния зарегистрированы в 42% случаев, однако при хроническом течении заболевания коморбидные состояния встречались в 100% случаев. Часто коморбидные состояния являются одной из причин хронического течения ПТСР [7]. Коморбидные состояния формируются и на фоне ПТСР. Из первичного расстройства, которым является ПТСР, следуют вторичные (коморбидные) расстройства. Некоторые коморбидные состояния являются родственными с феноменами ПТСР. Так, депрессивные нарушения вытекают из симптомов «избегания». В качестве толчка для формирования ипохондрии определённую роль играют характерные для ПТСР симптомы синдрома повышенной активации (вегетативные проявления). Важное слагаемое ПТСР – «реперевивания», являющиеся по сути обсессивными расстройствами, которые способствуют появлению коморбидных ПТСР обсессивно-компульсивных расстройств. Панические атаки, конверсионные расстройства вытекают из проявлений ПТСР: провоцируются переживаниями, возникающими в ситуациях, напоминая события психической травмы. Алкогольная зависимость формируется на фоне ПТСР в результате систематического приёма алкоголя для смягчения феноменов «реперевивания» и «избегания». Такая модель коморбидности обозначается как «иерархический порядок». Течение коморбидных состояний (депрессивных эпизодов, алкоголизма, конверсионных расстройств, ипохондрии, панических атак) приобретает некоторые особенности под влиянием ПТСР. Вместе с тем течение коморбидных расстройств также оказывает влияние на клинику ПТСР, в частности, способствует хронизации процесса [7, 10].

Интенсивность симптоматики может меняться, усиливаясь при дополнительном стрессе. Хороший прогноз коррелирует с быстрым развёртыванием симптоматики, хорошей социальной адаптацией в преморбиде, наличием социальной поддержки и отсутствием сопутствующих психических и иных заболеваний.

### Дифференциальный диагноз

ПТСР следует дифференцировать от целого ряда заболеваний. Наиболее распространённые из них приведены ниже. Отличить *органические мозговые синдромы*, сходные с ПТСР, помогают наличие изменений личности по органическому типу, изменения сенсорики или уровня сознания, фокальные неврологические, делириозные и амнестические симптомы, органический галлюциноз, состояния интоксикации и отмены. Недостаточное питание в ходе затяжных стрессовых воздействий также может самостоятельно

вести к органическим мозговым синдромам, включающим нарушения памяти и сосредоточения, эмоциональную лабильность, головные боли и головокружения. Легкие сотрясения мозга могут непосредственно не сопровождаться очевидными неврологическими знаками, но вести к затяжной аффективной симптоматике и нарушениям сосредоточения. Диагностическую картину может усложнять широко используемое в копинге поведения больных ПТСР злоупотребление алкоголем, наркотиками, кофеином и табаком.

**Эндогенная депрессия** является частым осложнением ПТСР и должна подвергаться интенсивной терапии ввиду того, что коморбидность существенно повышает риск суицида. При подобном осложнении диагностироваться должны оба расстройства.

Следует также проводить дифференциальный диагноз ПТСР с простыми фобиями, генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, острой реакцией на стресс, расстройством адаптации, симулятивным расстройством.

### Психотерапевтическая терапия ПТСР

Исследования последних лет показали, что наиболее эффективными препаратами в лечении симптомов ПТСР являются:

- антидепрессанты избирательного действия (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): пароксетин (паксил), флувоксамин (феварин), сертралин (золофт), флуоксетин (прозак), циталопрам (ципрамил), тианептин (коаксил);
- трициклические (тетрациклические) антидепрессанты неизбирательного действия: имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), амитриптилин (триптизол), миансерин (леривон), мапротилин (людиомил);
- высокопотенциальные бензодиазепины: клоназепам (антелепсин, ривотрил); алпрозалам (ксанакс).

Использование антидепрессантов показано в соответствующих возрастных дозировках в течение 3–6 мес при выраженной в клинической картине тревожно-депрессивных проявлений, затягивании и «эндогенизации» депрессии, что способствует снижению повторяющихся воспоминаний о травме, нормализации сна. Существует представление о том, что для ограниченной группы больных эффективными могут оказаться ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). Исходя из ведущей роли повышенной адренергической активности в поддержании симптомов ПТСР, в лечении расстройства используются адреноблокаторы (пропранолол в дозировке 10 мг 2 раза в день) [6, 7, 11–13].

При значительной дезорганизации поведения в течение короткого времени плевирование может достигаться седативными нейролептиками (солиан, эглек). Указанная группа препаратов назначается врачом-психиатром (с коррекцией суточной дозы) [2, 13].

Лекарственная терапия всегда должна сочетаться с разрешением психотравмирующей ситуации и психотерапией [6, 7, 14–18]. Однако, несмотря на большое количество работ, посвящённых психотерапевтическим методам при ПТСР, по-прежнему приходится констатировать недостаточную осведомлённость в этом вопросе врачей-неврологов. Отчасти это связано

с тем, что психотерапевтическая литература, в большей степени, ориентирована на врачей-психотерапевтов и клинических психологов, а в процессе образования врача-невролога упор делается на лекарственную терапию, физиотерапию, иглорефлексотерапию (ИРТ), мануальную терапию, но никак не на психотерапию, хотя зачастую именно от психологической составляющей лечебного процесса зависит результат лечения.

Психотерапия ПТСР всегда должна ориентироваться на этап динамики расстройства, с преобладанием щадящего, поддерживающего подхода в остром периоде и возрастанием проработки травматического материала на дальнейших этапах, с установлением доверительных отношений с врачом, переоценкой травмирующей ситуации, ревизией самооценки больного и его восприятия окружающего мира. При этом следует избегать затягивания курса психосоциальных вмешательств во избежание формирования эффекта вторичной выгоды от болезни.

Таким образом, лечебно-профилактические программы для больных с ПТСР должны строиться с учётом клинико-динамических и прогностических особенностей ПТСР, разновидности коморбидного состояния, индивидуального психологического профиля больных и включать психофармакологический, психотерапевтический и психопрофилактический комплексы.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы. *Психологический журнал*. 1992; 13 (2): 14–26.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ: Пер. с англ. под ред. Нуллера Ю.Л., Циркина С.Ю. Россия, СПб.: «АДИС»; 1994.
3. Краснянский А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов. *Синанс*. 1993; (3): 14–35.
4. Perkonig A., Wittshen H.U. Epidemiologie von Angststörungen. In: Kaster S., Muller H.J., eds. *Angst und Panikerkrankung*. Jena: Gustav Fischer Verlag; 1995: 137–56.
5. Van der Kolk B.A., Herron N., Hostetler A. The history of trauma in psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*. 1994; 17 (3): 583–600.
6. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психофармакотерапии). М.: «Анахарсис»; 2005.
7. Погосов А.В., Смирнова Л.В. Влияние коморбидных состояний на клиническое оформление и течение посттравматических стрессовых расстройств. *Актуальные проблемы медицины и формирования*. Сборник научных трудов. Курск: КГМУ; 2001: 274–6.
8. Стрельникова Ю.Ю. Типы адаптационного стрессового реагирования и изменений личности комбатантов в отдаленном периоде возвращения к мирной жизни. *Вестник российской военно-медицинской академии*. 2014; 2 (46): 145–53.
9. Shatan C.F. Stress disorders among Vietnam veterans: The emotional content of combat continues. *Stress disorders among Vietnam veterans: theory, research and practice*. New York: Brunner; 1978: 43–55.
10. Van Praag H.M. Comorbidity (psycho) analyzed. *British J. of Psychiatry*. 1996; 168 (Suppl. 30): 129–34.
11. Черкасов В.Г., Михайлов Б.В., Маркова М.В. Медикаментозная терапия и организационные принципы организации медицинской помощи больным с посттравматическими стрессо-

- выми расстройствами. *Архів психіатрії (науково-практичний журнал)*. 2001; (3): 42–4.
12. Черкасов В.Г. Сочетанная фармако- и психотерапия посттравматических стрессовых расстройств. *Архів психіатрії (науково-практичний журнал)*. 2002; (3): 213.
13. Katschnig H., Stolk J.M., Klerman G.L. et al. Discontinuation and longterm follow-up of participants in a clinical drug trial for panic disorder. *Lid. Psychiatry*. 1992; 1; 657–60.
14. Белова А.Н. *Нейрореабилитация: руководство для врачей*. 2-е изд. М.: Антидор; 2002.
15. Карвасарский Б.Д., ред. *Клиническая психология: Учебник*. 2-е изд. СПб.: Питер; 2006.
16. Основные направления современной психотерапии. М.: «Когито-Центр»; 2000.
17. Фoa Э., Кин Т.Н., Фридман М., ред. *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства*. М.: «Когито-Центр»; 2005.
18. Boerner R.J., Moller H.J. Pharmakotherapie der Panikstörung und/oder Agoraphobie – Leitlinien und klinische Anwendungsstrategien. *Psychopharmakotherapie*. 1996; 3 (4): 168–77.

## REFERENCES

1. Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O. Syndrome of posttraumatic stress disorders: the current state of the problem. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1992; 13 (2): 14–26. (in Russian)
2. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. ВОЗ: Per. s angl. pod red. Nullera Yu.L., Tsirkina S.Yu. Rossiya, St. Petersburg: “ADIS”; 1994. (in Russian)
3. Krasnyanskiy A.N. Post-traumatic stress disorder in participants of military conflicts. *Sinaps*. 1993; (3): 14–35. (in Russian)
4. Perkonig A., Wittshen H.U. Epidemiologie von Angststörungen. In: Kaster S., Muller H.J., eds. *Angst und Panikerkrankung*. Jena: Gustav Fischer Verlag; 1995: 137–56.
5. Van der Kolk B.A., Herron N., Hostetler A. The history of trauma in psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*. 1994; 17 (3): 583–600.
6. Voloshin V.M. Post-traumatic stress disorder (phenomenology, clinic, systematics, dynamics and modern approaches to psychopharmacotherapy). Moscow: “Anakharsis”; 2005. (in Russian)
7. Pogosov A.V., Smirnova L.V. The impact of comorbid conditions on clinical appearance and the course of posttraumatic stress disorders. *Aktual'nye problemy meditsiny i formatsii*. *Sbornik nauchnykh trudov*. Kursk: KGMU; 2001: 274–6. (in Russian)
8. Strel'nikova Yu.Yu. Types of adaptive stress response and changes the identity of the combatants in the remote period of return to civilian life. *Vestnik rossijskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2014; 2 (46): 145–53. (in Russian)
9. Shatan C.F. Stress disorders among Vietnam veterans: The emotional content of combat continues. *Stress disorders among Vietnam veterans: theory, research and practice*. New York: Brunner; 1978: 43–55.
10. Van Praag H.M. Comorbidity (psycho) analyzed. *British J. of Psychiatry*. 1996; 168 (Suppl. 30): 129–34.
11. Cherkasov V.G., Mikhaylov B.V., Markova M.V. Medical therapy and organizational principles of organization of medical care for patients with post-traumatic stress disorders. *Arxiv ncixiatpii (naukovo-praktichnyi zhurnal)*. 2001; (3): 42–4. (in Russian)
12. Cherkasov V.G. Combined pharmac- and psychotherapy of post-traumatic stress disorders. *Arxiv ncixiatpii (naukovo-praktichnyi zhurnal)*. 2002; (3): 213. (in Russian)
13. Katschnig H., Stolk J.M., Klerman G.L. et al. Discontinuation and longterm follow-up of participants in a clinical drug trial for panic disorder. *Lid. Psychiatry*. 1992; 1; 657–60.
14. Belova A.N. *Neurorehabilitation: a guide for doctors*. 2nd Ed. Moscow: Antidor; 2002. (in Russian)
15. Karvasarskiy B.D., ed. *Clinical Psychology: A Textbook*. 2-nd Ed. St. Petersburg: Piter; 2006. (in Russian)
16. *The main directions of modern psychotherapy*. Moscow: “Kogito-Tsentr”; 2000. (in Russian)
17. Foa E., Kin T. N., Fridman M., eds. *Effective therapy of post-traumatic stress disorder*. Moscow: “Kogito-Tsentr”; 2005. (in Russian)
18. Boerner R.J., Moller H.J. Pharmakotherapie der Panikstörung und/oder Agoraphobie – Leitlinien und klinische Anwendungsstrategien. *Psychopharmakotherapie*. 1996; 3 (4): 168–77.

Поступила 24.07.17

Принята к печати 29.08.17