

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА ПОСЛЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОБЫТИЙ: СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ

В.Д. Менделевич

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Адрес для переписки:

Менделевич Владимир Давыдович,
mendelevich_vl@mail.ru

Ключевые слова:

посттравматическое стрессовое расстройство, комплексное ПТСР, диссоциативный подтип ПТСР, флешбэки, деперсонализация, психофармакотерапия, этифоксин

Резюме

Статья посвящена анализу вариантов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), возникающих вследствие жизнеугрожающих событий. Приведено клиническое наблюдение, иллюстрирующее психопатологические особенности ПТСР в рамках комплексного подтипа ПТСР с диссоциативными проявлениями. Оценена эффективность оригинального этифоксина (Стрезам®) в терапии типичных и атипичных проявлений ПТСР. Сделан вывод о том, что в клинической практике могут встречаться как типичные, так и атипичные варианты ПТСР после жизнеугрожающих событий. Одной из эффективных терапевтических опций является использование Стрезама.

Для цитирования:

Менделевич В.Д. Клинические варианты посттравматического стрессового расстройства после жизнеугрожающих событий: современная диагностика и терапия. Поведенческая неврология. 2026; 1: 31–36. DOI 10.46393/27129675_2026_1_31–36

CLINICAL TYPES OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AFTER LIFE-THREATENING EVENTS: MODERN DIAGNOSIS AND THERAPY

V.D. Mendelevich

Kazan State Medical University

For correspondence:

Vladimir D. Mendelevich, mendelevich_vl@mail.ru

Key words:

post-traumatic stress disorder, complex PTSD, dissociative subtype of PTSD, flashbacks, depersonalization, psychopharmacotherapy, etifoxine

For citation:

Mendelevich V.D. Clinical types of post-traumatic stress disorder after life-threatening events: modern diagnosis and therapy. Behavioral Neurology. 2026; 1: 31–36. DOI 10.46393/27129675_2026_1_31–36

Abstract

This article analyzes variants of post-traumatic stress disorder (PTSD) that arise following life-threatening events. Clinical case is presented, describing the psychopathological features of PTSD within the complex and dissociative subtypes. The efficacy of the original etifoxine (Strezam) in the treatment of typical and atypical manifestations of PTSD is assessed. It is concluded that both typical and atypical variants of PTSD may emerge in clinical practice following life-threatening events. Strezam is an effective therapeutic option.

Введение

Изучению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в последние годы посвящается все больше научных исследований [1–5]. По данным PubMed, число публикаций на тему ПТСР выросло в десятки раз [6]. Уточняются и дополняются критерии диагностики этого клинического феномена; особое внимание уделяется диагностике ПТСР не только у комбатантов вследствие участия в боевых действиях, но и у лиц, переживших жизнеугрожающие ситуации [7, 8].

Известно, что стрессовые и посттравматические расстройства являются распространенными психопатологическими феноменами в периоды военных (боевых) действий, проявляясь как непосредственно во время, так и через некоторый временной промежуток после службы в армии, приводя к социально-трудовой дезадаптации, повышению риска криминальных действий и суицидального поведения. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) представлены следующие диагностические критерии ПТСР:

- А. Больной должен быть подвержен воздействию (как краткому, так и длительному) стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, способного вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.
- Б. Стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих о стрессоре или ассоциирующихся с ним.
- В. Фактическое избегание или стремление избежать обстоятельств, напоминающих о стрессоре либо ассоциирующихся с ним (что не наблюдалось до воздействия стрессора).
- Г. Любое из двух:
 - 1) психогенная амнезия, частичная либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора;
 - 2) стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора):
 - затруднение засыпания или сохранения сна;
 - раздражительность или вспышки гнева;
 - затруднения концентрации внимания;
 - повышение уровня бодрствования;
 - усиленный рефлекс четверохолмия.

Заложенный в дефиницию ПТСР принцип оценки психической травмы (событие исключительно угрожающего или катастрофического характера, способное вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума) в некотором смысле расходится с личностным подходом в оценке психогенеза невротических и связанных со стрессом расстройств, к которым относится ПТСР. Данный подход основывается на представлении о том, что не любая психотравма и не у любого человека способна вызвать психическое (невротическое) расстройство, а только та, смысл и ценность которой подходят

к личности «потенциального невротика» как «ключ к замку» [9, 10] (рис. 1). В.Н. Мясищев разделил психотравмы в зависимости от роли неблагоприятного события: а) объективно значимые, имеющие большое значение и высокотравматичные для большинства людей и б) условно-патогенные, возникающие в сфере субъективно значимых отношений [11]. К характеристикам психотравм относятся интенсивность, смысл, актуальность, неожиданность, продолжительность, повторяемость [10]. Помимо перечисленных механизмов невротогенеза был выделен механизм «последней капли» и накопления «микротравм» [12]. Кроме того, был описан антиципационный механизм невротогенеза, суть которого заключается в том, что жизненное событие становится травмирующим лишь тогда, когда оно не было заранее спрогнозировано и его вероятность считалась минимальной [10].

Как следует из диагностических критериев ПТСР, события, приводящие к нему, относятся к объективно значимым и способны вызвать дистресс у любого человека. Традиционно считается, что это события, выходящие за рамки жизненного опыта, то есть те, на которые не влияют ценностные установки человека, личностные или характерологические особенности. К таким событиям относят военные и боевые действия, стихийные бедствия и катастрофы, угрозу насилия или насилие, тюремное заключение и др. В последние годы ставится вопрос о расширении списка психических травм, способных вызвать ПТСР, в частности, указывается на то, что психотравмой может явиться не только реальное, но «вымышленное, воображаемое» (патологическое) переживание-событие, например, галлюцинация или бред у человека, перенесшего психоз [13]. Это обусловило научный интерес к проблеме коморбидности ПТСР с психотическими симптомами. Е. Comhean и соавт. обнаружили, что около 30% больных с ПТСР имеют вторичные психотические симптомы [14].

Проблемы диагностики посттравматического стрессового расстройства

Проблемы диагностики могут возникать в связи с симуляцией, аггравацией или диссимуляцией посттравматических расстройств. Симуляция (предъяв-

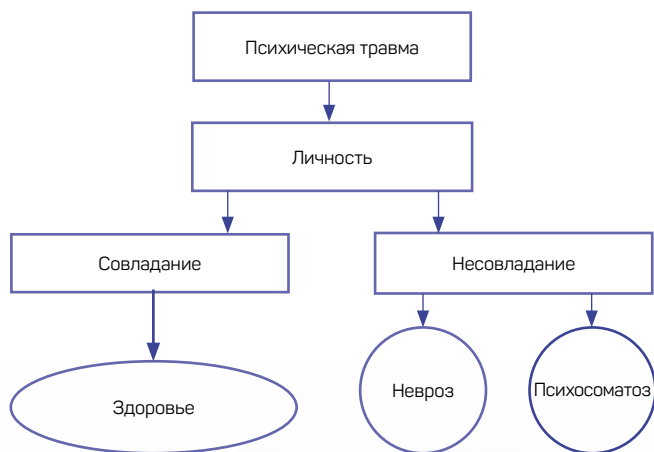


Рис. 1. Психологические механизмы невротогенеза [10]

ление симптомов без их наличия) и аггравация (преувеличение тяжести имеющихся расстройств) обычно обусловлены стремлением комбатанта избежать дальнейшего участия в боевых действиях, быть комиссованным или демобилизованным. Диссимуляция (сокрытие или преуменьшение тяжести имеющихся расстройств), наоборот, может быть связана с нежеланием прекращать службу в боевых войсках по различным причинам (идеологическим, финансовым, социальным).

Диагностика ПТСР традиционно основана на анализе жалоб пациентов и не имеет однозначных способов верификации. Вследствие этого она может носить субъективный и ошибочный характер, что может отражаться на эффективности терапии, коррекции психического состояния и вероятности выздоровления. По данным Национального исследования реадaptации ветеранов Вьетнама в США, полное соответствие критериям ПТСР было выявлено лишь у 31% пациентов, частичное – у 23%, то есть в 54% случаев наблюдались ошибки диагностики [15]. В то же время опыт войн последних десятилетий свидетельствует о существенно меньшем количестве случаев совпадений диагноза: среди ветеранов США этот показатель варьировал в диапазоне от 4 до 17%, а среди сходного контингента военнослужащих Великобритании был в разы меньше – 3–6%. Таким образом, можно констатировать наличие проблемы гипердиагностики ПТСР и связанной с ней проблемы «неэффективности терапии».

По данным российских исследований, в контексте точности диагностики ПТСР наиболее перспективными следует признать инновационные психофизиологические методы, поскольку традиционные методы не дают убедительных подтверждений диагноза. В частности, представляются результативными методики с использованием айтрекинга и биометрической видеорегистрации поведенческих реакций [16, 17]. У пациентов с ПТСР обнаруживаются специфические паттерны избегания внимания, а также снижения порога восприятия всей эмоциональной информации. Доказано, что в условиях психофизиологических экспериментов фиксация взгляда на лицах, выражающих негативные эмоции, оказывалась дифференциально-диагностическим параметром, отличавшим лиц с высоким и низким уровнем стресса.

Клинические варианты посттравматического стрессового расстройства у лиц, не вовлеченных в боевые действия

В последние годы в психиатрической практике наблюдается тенденция более частого появления отдельных симптомов ПТСР у лиц, не являющихся комбатантами, не участвовавших в боевых действиях и не подвергавшихся масштабным стрессовым воздействиям. Симптоматика ПТСР у них становится следствием психических травм бытового уровня

и сочетается с явлениями деперсонализации и диссоциации [18–20]. В МКБ-11 появились такие понятия, как «комплексное ПТСР» и «диссоциативный вариант (подтип) ПТСР». Приводим клиническое наблюдение, иллюстрирующее специфику нового редкого клинического варианта ПТСР.

Клиническое наблюдение

Пациентка Жасмин, 43 года, обратилась с жалобами на аффекты, которые мешают жить: диссоциации*, регрессии*, ангедонии*, флешбэки, социофобию, астению, тревогу, ночные кошмары. Свое детство характеризует как «крайне тяжелое, безрадостное, беспросветное». Подростковый возраст пришелся на начало 90-х годов, когда в родном городе была крайне криминогенная обстановка, было страшно ходить по улицам. В возрасте 13 лет подверглась сексуальному насилию со стороны 30-летнего мужчины. Через какое-то время это стало известно в школе, и «начался буллинг, пошлые насмешки, унижение». На фоне череды неприятностей и проблем пациентка бросила школу, кружки и ушла из дома. Ночевала на улице, в подъездах, в видеосалонах у малознакомых лиц. Некоторое время проживала у члена преступной группировки. Проводила много времени в криминальных компаниях, начала активно употреблять алкоголь и наркотические вещества, вела беспорядочную сексуальную жизнь, в том числе за деньги. Первые проблемы с психическим состоянием появились в подростковом возрасте. Во время и сразу после первой сексуальной связи впервые испытала диссоциацию, «впала в ступор, пришлось выстроиться перед собой стену и уйти от реальности, смириться с происходившим». В качестве серьезной психической травмы в 20-летнем возрасте называет разрыв близких отношений с мужчиной, который постоянно унижал ее. Через некоторое время обострились приступы дереализации. Появились регрессии – «внезапно накатывают вспышки воспоминаний, выпадаю из реальности, полностью погружаюсь в тот период жизни». Около года не выходила из дома, вставала с постели только по необходимости, не могла взаимодействовать с людьми, пребывала в состоянии эмоциональной оглушенности. Оценка по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS): домен тревоги – 12 баллов, домен депрессии – 9 баллов; по Шкале тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) – 22 балла, что говорит о выраженной тревоге и умеренной депрессии. В клинической картине заболевания Жасмин симптомы комплексного ПТСР сочетались с диссоциативными проявлениями. По прошествии лет после травмирующих событий пациентку продолжали му-

* Диссоциация – расщепление психики, ощущение ее нецельности, фрагментарности. Регрессия – бессознательное возвращение к более ранним, детским моделям поведения и реакциям. Ангедония – психическое состояние, характеризующееся сниженной способностью или неспособностью чувствовать физическое и эмоциональное удовольствие.

чить навязчивые воспоминания о насилии, угрозах, унижении. Помимо этого, отмечались диссоциации, регрессии и деперсонализация*. Пациентке был назначен оригинальный этифоксин (Стрезам®) в дозе 150 мг в сутки. Через месяц отмечено снижение интенсивности регрессии и диссоциации, уменьшение числа руминаций. Оценка по HADS: домен тревоги – 8 баллов, домен депрессии – 7 баллов; по HARS – 10 баллов, что свидетельствует о значительном снижении выраженности тревоги.

Известно также, что ПТСР диагностируется приблизительно у 36% детей и подростков, подвергшихся воздействию жизнеугрожающих психотравмирующих событий [21, 22]. По данным метаанализа, частота ПТСР среди детей после воздействия травм составляет в среднем 16%. По данным крупного эпидемиологического исследования, проведенного в США, распространенность ПТСР на протяжении жизни среди подростков составляет 4,7%, при этом более высокие показатели отмечаются среди девочек (7,3%) по сравнению с мальчиками (2,2%) [21]. Считается, что диагноз ПТСР может быть установлен с 6-летнего возраста [18].

Терапия посттравматического стрессового расстройства

Пациентам с ПТСР с целью повышения эффективности лечения в качестве основной терапевтической стратегии рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии. Психотропные препараты (антидепрессанты, анксиолитики, снотворные и седативные, а также антипсихотические средства) широко используются в лечении ПТСР, поскольку психотерапия, сфокусированная на травме, может быть недоступной (особенно в начале заболевания) или плохо переноситься. Выбор стратегии терапии и соотношение психофармакотерапии и психотерапии зависят от ориентации пациента на тот или иной метод лечения, проявлений клинической симптоматики, этапа лечения, особенностей личности, актуальных ресурсов и организационных возможностей и должен гибко оцениваться с учетом персонализированного подхода [23, 24]. Существует доказательная база эффективности применения психотерапии при ПТСР. В качестве основного метода применяется сфокусированная на травме терапия, включающая когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

В последние годы в схемы терапии ПТСР внедряются инновационные методы, в частности терапия виртуальной реальностью (virtual reality exposure therapy, VRET), основанная на принципах экспозиционной терапии [25]. Кроме того, рекомендуется использовать транскраниальную магнитную стимуляцию (ТМС) – неинвазивный метод стимуляции мозга с помощью мощных магнитных импульсов. Мишенью воздействия ТМС выступает

дорсомедиальная префронтальная кора (ДЛПФК), связанная с регуляцией эмоций (особенно страха и тревоги), когнитивным контролем над травматическими воспоминаниями, принятием решений, то есть процессами, существенно сниженными при ПТСР [26, 27]. Цель применения ТМС – нормализация активности нейронных сетей, вовлеченных в ПТСР (особенно связь между префронтальной корой, миндалинами и гиппокампом), для уменьшения основных симптомов. В клинических рекомендациях указано, что ТМС должна применяться в комбинации с различными лекарственными средствами в соответствии с их фармакологическими эффектами и состоянием пациента. Метаанализы и систематические обзоры показывают, что ТМС (особенно высокочастотная к правой ДЛПФК) может приводить к достоверному клинически значимому уменьшению симптомов ПТСР, включая навязчивые воспоминания, избегание, гипервозбуждение, негативные изменения настроения и познания. Следует иметь в виду, что до настоящего времени ТМС при ПТСР активно исследуется, но используется off-label. На сегодняшний день ТМС не одобрена Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) или Европейским агентством по лекарственным средствам (European Medicines Agency, EMA) для лечения ПТСР, но входит в клинические рекомендации по терапии резистентной депрессии и некоторых других психопатологических состояний. При этом ТМС рассматривается в качестве дополнения, а не замены психотерапии (КПТ, терапия экспозицией, десенсибилизация и переработка движением глаз (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)) и психофармакотерапии. Алгоритм психофармакотерапии ПТСР представлен на рис. 2 [24].

Пациентам с ПТСР в качестве препаратов первой линии рекомендуются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). В случае выраженной тревоги целесообразно дополнительное назначение бензодиазепинов и других анксиолитиков. В качестве альтернативы бензодиазепинам для устранения тревоги, страха, внутреннего напряжения и раздражительности, а также признаков повышенной настороженности и вегетативного возбуждения рекомендовано назначение этифоксина (Стрезам®) в дозе 150–200 мг в сутки. Продолжительность лечения – от нескольких дней до 4–6 недель в зависимости от состояния пациента. Препарат может применяться в комбинации с другими средствами, чаще с СИОЗС.

В клинических рекомендациях по терапии ПТСР Российского общества психиатров, утвержденных Минздравом России, указано, что этифоксин хорошо зарекомендовал себя в лечении стрессовых расстройств с тревожным синдромом [24]. Его анксиолитическое действие, отсутствие аддиктивного потенциала и типичных для бензодиазепинов побочных эффектов

* Деперсонализация – стойкое ощущение отстраненности от собственного тела, мыслей или чувств.

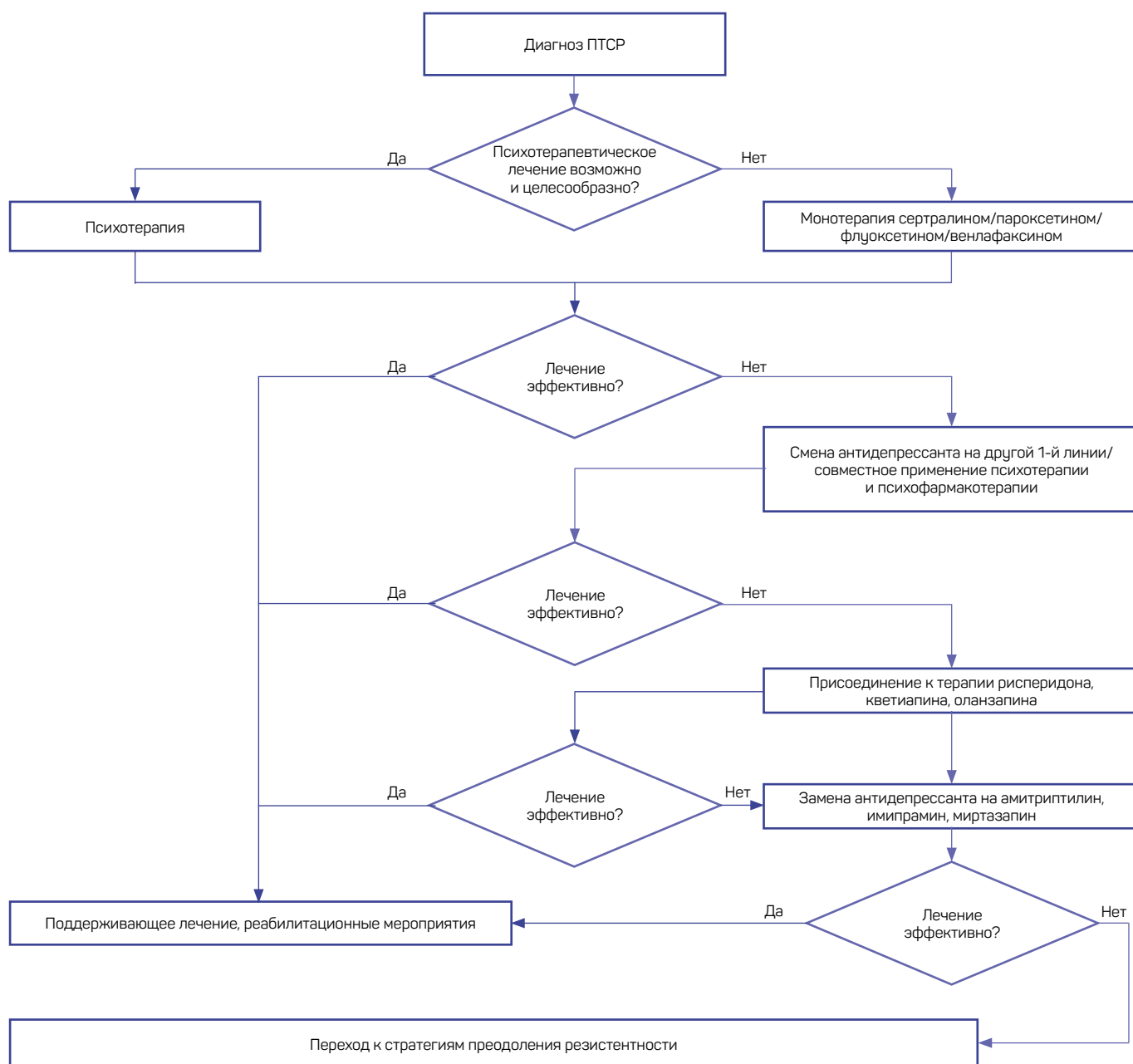


Рис. 2. Алгоритм психофармакотерапии ПТСР [24]

обусловлено высокоспецифическим модулированием активности ГАМК-рецепторов в результате аллостерического взаимодействия с ними, а также активации белка-транслокатора (известного как периферический рецептор бензодиазепинов), что приводит к интенсификации биосинтеза нейростероидов, за счет чего осуществляется его анксиолитическое, нейропротективное, нейропластическое, нейротрофическое и анальгетическое действие.

По данным исследования фармацевтического рынка анксиолитиков [28], в последние годы (с 2019 по 2024 г.) наряду со снижением продаж бензодиазепинов отмечается значительный рост продаж небензодиазепиновых анксиолитиков, в том числе этифоксина (почти в 2 раза). Систематизированный анализ подтвердил высокую эф-

фективность оригинального этифоксина (Стрезам®) в терапии психосоматических проявлений тревоги [29]. Высокая эффективность и безопасность Стрезама подтверждены и в других исследованиях [30].

Заключение

Таким образом, анализ случаев ПТСР показывает, что в клинической практике могут встречаться как типичные, так и атипичные варианты ПТСР после жизнеугрожающих событий. Одной из эффективных терапевтических опций является использование Стрезама.

Конфликт интересов

Статья подготовлена при поддержке ООО «Биокодекс».

Литература

1. Brewin C.R., Atwoli L., Bisson J.I. et al. Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry*. 2025; 24 (1): 52–80.
2. Al Jowf G.I., Ahmed Z.T., Reijnders R.A. et al. To predict, prevent, and manage post-traumatic stress disorder (PTSD): a review of pathophysiology, treatment, and biomarkers. *Int. J. Mol. Sci.* 2023; 24 (6): 5238.
3. Schein J., Houle C., Urganus A. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Curr. Med. Res. Opin.* 2021; 37 (12): 2151–2161.
4. Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. и др. Посттравматическое стрессовое расстройство: эволюция взглядов. *Психиатрия*. 2023; 21 (4): 57–71.
5. Шамрей В.К., Марченко А.А., Лобачев А.В., Тарумов Д.А. Современные методы объективизации психических расстройств у военнослужащих. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2021; 2: 51–57.
6. Динамика числа научных публикаций, посвященных теме ПТСР, по данным PubMed. Доступно по: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=posttraumatic+stress+disorder&sort=pubdate> (дата обращения 05.03.2026).
7. Mol S.S., Arntz A., Metsemakers J.F. et al. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br. J. Psychiatry*. 2005; 186: 494–499.
8. Heir T., Bonsaksen T., Grimholt T. et al. Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *BJPsych. Open*. 2019; 5 (5): e82.
9. Менделевич В.Д. Психотравма, личность и неврозогенез (антиципационный подход). *Социальная и клиническая психиатрия*. 1995; 3: 12–17.
10. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: ИД «Городец», 2018. 448 с.
11. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1960. 400 с.
12. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.
13. Rustad J.K., Waaland R., Coughlin B. et al. Psychosis-related posttraumatic stress disorder: true, true, and unrelated? *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2025; 27 (1): 24f03831.
14. Compean E., Hamner M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): diagnostic and treatment challenges. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2019; 88: 265–275.
15. Matto M., McNiel D.E., Binder R.L. A systematic approach to the detection of false PTSD. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2019; 47 (3): 325–334.
16. Alon Y., Bar-Haim Y., Dykan C.D.G. et al. Eye-tracking indices of attention allocation and attention bias variability are differently related to trauma exposure and PTSD. *J. Anxiety Disord.* 2023; 96: 102715.
17. Blekic W., Rossignol M., D'Hondt F. Examining attentional avoidance in post-traumatic stress disorder: an exploratory “Face in the Crowd” paradigm using eye-tracking. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2025; 16 (1): 2462489.
18. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы. *Медицинская психология в России*. 2014; 6 (1): 2.
19. Зайцева Е.А. Атипичные формы посттравматического стрессового расстройства (клинический и судебно-психиатрический аспекты). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2014. 24 с.
20. White W.F., Burgess A., Dalgleish T. et al. Prevalence of the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2022; 52 (9): 1629–1644.
21. Bui E., Ohye B., Palitz S. et al. Острые и хронические реакции на стресс у детей и подростков. Доступно по: https://iacapar.org/_Resources/Persistent/438d045e97d518a00419a865296f5a791e-790cf9/F4-Trauma-Russian-UKR.pdf.
22. Alisic E., Zalta A.K., van Wesel F. et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*. 2014; 204: 335–340.
23. Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства – интеграция опыта чрезвычайной ситуации. *Консультативная психология и психотерапия*. 2023; 31 (3): 47–68.
24. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические рекомендации Общественной организации «Российское общество психиатров». 2023. Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1
25. Eshuis L.V., van Gelderen M.J., van Zuiden M. et al. Efficacy of immersive PTSD treatments: a systematic review of virtual and augmented reality exposure therapy and a meta-analysis of virtual reality exposure therapy. *J. Psychiatr. Res.* 2021; 143: 516–527.
26. Belsher B.E., Beech E.H., Reddy M.K. et al. Advances in repetitive transcranial magnetic stimulation for posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J. Psychiatr. Res.* 2021; 138: 598–606.
27. Liu H., Wang X., Gong T. et al. Neuromodulation treatments for post-traumatic stress disorder: a systematic review and network meta-analysis covering efficacy, acceptability, and follow-up effects. *J. Anxiety Disord.* 2024; 106: 102912.
28. Гомон Ю.М., Колбин А.С., Лаврова В.А. и др. Фармакоэпидемиология анксиолитиков в Российской Федерации. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2025; 18 (3): 321–329.
29. Громова О.А., Торшин И.Ю. Систематизированный анализ результатов фундаментальных и клинических исследований этифоксина. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023; 123 (5): 65–73.
30. Романов Д.В. Этифоксин (Стрезам) в современной терапии тревожных расстройств (обзор зарубежной и отечественной литературы). *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2010; 6: 13–17.