

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	5
Предисловие	6
Список сокращений	7
Глава 1. Исторические аспекты формирования понятия «посттравматическое стрессовое расстройство» (<i>Н.Н. Петрова, Э.П. Станько</i>)	8
Глава 2. Посттравматическое стрессовое расстройство в современных классификациях расстройств (<i>Н.Н. Петрова</i>)	22
Глава 3. Клинические аспекты посттравматического стрессового расстройства (<i>Н.Н. Петрова</i>)	28
3.1. Понятие травмы и посттравматического стрессового расстройства	28
Травмы, связанные с риском посттравматического стрессового расстройства, в детском и подростковом возрасте	31
3.2. Эпидемиология	32
3.3. Клиническая картина	33
3.4. Особенности посттравматического стрессового расстройства в детском возрасте	37
3.5. Диагностика посттравматического стрессового расстройства	38
Критерии посттравматического стрессового расстройства в Международной классификации болезней десятого пересмотра	38
Критерии посттравматического стрессового расстройства в Международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра	39
3.6. Дифференциальная диагностика осложненного посттравматического стрессового расстройства	40
Глава 4. Патогенез посттравматического стрессового расстройства (<i>Н.Н. Петрова</i>)	41
4.1. Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства	41
4.2. Потенциальные биомаркеры посттравматического стрессового расстройства	46
Глава 5. Коморбидность посттравматического стрессового расстройства (<i>Э.П. Станько, С.А. Игумнов</i>)	50
Глава 6. Лечение	61
6.1. Психофармакотерапия (<i>Н.Н. Петрова</i>)	61
6.2. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства (<i>Э.П. Станько, С.А. Игумнов</i>)	63

6.3. Реабилитация и профилактика посттравматического стрессового расстройства (С.А. Игумнов, Э.П. Станько)	110
Основные принципы лечебно-реабилитационного процесса	111
Формирование мотивации к терапии и реабилитации	113
Основные технологии лечебно-реабилитационного процесса	117
Список литературы	124
Приложение. Психологический практикум	132
Клиническая шкала посттравматического стрессового расстройства (CAPS)	132
Оценка исследователем результатов тестирования пациента по шкале CAPS-1	142
Шкала CAPS (таблица подсчета баллов)	144
Оценка исследователем результатов тестирования пациента по шкале CAPS	145
Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства	145
Шкала диссоциации	150
Опросник для оценки терапевтической динамики посттравматического стрессового расстройства	154

ПРЕДИСЛОВИЕ

Посттравматическое стрессовое расстройство — по-видимому, наиболее распространенное психическое расстройство, возникающее под влиянием травматического события. В последнее десятилетие возросла осведомленность о его факторах риска, механизмах развития и подходах к терапии. Тем не менее остается открытым вопрос, должна ли концепция посттравматического стрессового расстройства охватывать широкий спектр психических проявлений, возникающих вследствие травмы, или же она должна быть сфокусирована непосредственно на феномене травматических воспоминаний. Не сформировано представление о специфических механизмах травматического стресса. Несмотря на то что когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме, — наиболее признанный метод лечения посттравматического стрессового расстройства, лишь две трети пациентов демонстрируют адекватный ответ на это лечение.

Проблема посттравматического стрессового расстройства актуализировалась в период пандемии COVID-19 (от англ. *Coronavirus disease 2019* — коронавирусная инфекция 2019 г.) и сохраняет свою значимость в «эпоху перемен» в современном мире. В настоящее время представляется чрезвычайно важным интенсифицировать подготовку специалистов в области медицины и психологии по вопросам выявления и оказания помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством.

Глава 2

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В СОВРЕМЕННЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ РАССТРОЙСТВ

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, такие как ПТСР и расстройство адаптации, — одни из наиболее широко применяемых в мире диагнозов. ПТСР, диагностированное на основе критериев МКБ (Международная классификация болезней) 10-го пересмотра, занимало 14-е место в каждодневной клинической практике.

В 1980 г. Американская психиатрическая ассоциация впервые использовала термин «посттравматическое стрессовое расстройство» и перечислила основные критерии для диагностики данного расстройства в третьем издании диагностического руководства по психическим расстройствам (DSM, от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders). Особое внимание уделялось критерию А, определявшему травматическое событие. Травматическим считалось событие, «выходящее за рамки привычного человеческого опыта» и «способное вызвать значительные симптомы дистресса практически у каждого человека». Данная характеристика подвергалась критике со стороны некоторых специалистов, так как критерий «выходящее за рамки привычного опыта» мог создать ложное впечатление, что травматический опыт — редкое событие, в то время как эпидемиологические исследования доказывают, что столкновение с психотравмой — достаточно частое для обыденной жизни явление, особенно если речь о домашнем или сексуальном насилии. Вторым замечанием в отношении критерия А в DSM-III было столкновение субъективного и объективного аспектов в отношении восприятия травмы в формулировке «способное вызвать значительные симптомы дистресса практически у каждого человека». Уточнение было сделано в исправленной версии DSM-III, где был предоставлен список примеров травматических событий, отвечающих двум вышеперечисленным в классификации характеристикам. Помимо этого, в исправленной версии DSM-III появилась новая категория травматического события, связанного с непрямым воздействием, а именно «узнавание о серьезной угрозе или причинении вреда близкому другу или

родственнику». В новом издании DSM-IV было проведено несколько значимых изменений. Критерий, определяющий травматическое событие, был подразделен на две части. Критерий A1 определял тип («пережил, стал свидетелем или столкнулся с этим») и характер события («угрожающая смерть или серьезная травма, или угроза физической неприкосновенности»), а критерий A2 описывал реакцию индивидуума на травматическое событие: «сильный страх, беспомощность или ужас». Было подчеркнуто, что у некоторых людей симптомы ПТСР могут развиваться в ответ на стрессор небольшой силы, который не всегда соответствует критерию А.

Таким образом, в американской классификации психических расстройств наиболее эволюционирующим оказался диагностический критерий А, определяющий тип и характер травматического события. Данный критерий — своеобразный ограничитель, проводящий черту между событиями, потенциально способными и неспособными вызвать ПТСР. В клиническом описании ПТСР в DSM-III был указан любой возможный возраст (включая детский) на момент начала расстройства.

В DSM-IV критерий С включал два симптома избегания и пять — блокирования эмоциональных реакций (чувство отстраненности, сужение диапазона аффективных переживаний и пр.), и для выполнения критерия требовалось три симптома критерия С. Следовательно, соответствие критерию С по DSM-IV могло быть удовлетворено даже при отсутствии симптомов активного избегания. В настоящее время доминирует точка зрения, что избегание всегда было важной частью клинической картины ПТСР, и наличие активного избегания — важный дифференциально-диагностический признак расстройства.

Согласно DSM-V (2013), ПТСР было выделено в отдельную диагностическую категорию для расстройств, связанных с травмой, в отличие от предыдущих классификаций, в которых оно относилось к тревожным расстройствам. Оно представляет группу связанных со стрессом состояний с кластером симптомов, которые появляются или значительно усиливаются после экспозиции к серьезной травме, сексуального насилия или иного травматического события. В DSM-V вновь был пересмотрен критерий А и удален критерий А2, обозначающий, что травматическое событие вызывает «сильный страх, ужас», так как было установлено, что повторяющаяся умеренная травма, которая не всегда сопровождается выраженной реакцией, также может приводить к ПТСР. Устранение критерия А2 сделало возможным учитывать травматические события, которые происходили с человеком в период измененного сознания, например, под влиянием психоактивных веществ. В DSM-V косвенные ненасильственные события больше не квалифицируются как «потенциально травматические». Список травматических событий, представленный в тексте DSM-V,

не исчерпывающий, поэтому другие события также могут квалифицироваться как травмирующие, даже если они специально не перечислены.

Был выделен диссоциативный подтип ПТСР, определяемый на основе наличия повторного переживания либо деперсонализации, либо дереализации. Основанием послужили данные о том, что диссоциативный подтип охватывает людей с более тяжелой клинической картиной, более выраженным нарушением функционирования и повышенным суицидальным риском, характеризуется меньшей эффективностью лечения. Считают, что диссоциативный подтип ПТСР наиболее часто ассоциирован с сексуальной травмой.

Таким образом, в процессе пересмотра диагноза ПТСР в рамках DSM-V были сохранены основные критерии DSM-IV, и при этом устранены ключевые ограничения предыдущих критериев, а также выделен новый подтип ПТСР.

Несмотря на опасения, что ужесточения критериев А и С могут снизить показатели распространенности ПТСР, на данный момент констатировано значительное соответствие между диагнозами ПТСР на основании DSM-IV и на основании DSM-V. Согласно данным крупного национального исследования в США, ужесточение диагностических критериев привело к некоторому снижению распространенности ПТСР в соответствии с DSM-V (8,3%) в сравнении с DSM-IV (9,8%). Тем не менее, согласно результатам другого исследования, распространенность ПТСР по критериям DSM-V, наоборот, несколько превышала таковую по DSM-IV (6,7% против 5,9%) за счет упразднения критерия А2.

До недавнего времени диагноз ПТСР как самостоятельная нозологическая форма существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены в МКБ-10, основного диагностического стандарта в европейских странах, принятого и в России.

Критерии МКБ-10, в отличие от DSM, в течение многих лет оставались неизменными. В связи с широким сочетанием различных кластеров симптомов ПТСР, низким диагностическим порогом и высоким уровнем коморбидности, в МКБ-11 были предложены изменения, направленные на повышение клинической утилитарности классификации расстройств, связанных со стрессом. Нововведение касается названия для всей группы этих расстройств. С целью подчеркивания стрессовой ситуации как обязательного этиологического критерия в МКБ-11 было введено название раздела «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (*disorders specifically associated with stress*) вместо существующей рубрики F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации», относящейся к разделу F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные

расстройства» МКБ-10. Термин «расстройства, связанные со стрессом» уходит в связи с тем, что со стрессом могут быть связаны многочисленные расстройства (например, депрессия, расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, и пр.), но большая часть из них может также возникать и при отсутствии стрессовых или травматических жизненных событий. В данном случае речь идет только о расстройствах, стресс для которых — обязательная и специфичная причина их развития.

В МКБ-11 реализуется более узкая концепция ПТСР, заметна тенденция к уменьшению и сужению критериев для формирования более четкого представления о данном расстройстве. МКБ-11 не позволяет выставить диагноз на основании неспецифичных симптомов, ее цель — выделить уникальные признаки ПТСР. Предложенное МКБ-11 определение критерия А описывает подверженность чрезвычайно угрожающему или ужасающему событию или серии событий. Диагностические критерии для ПТСР в МКБ-11 сосредоточены на трех основных элементах: повторное переживание травмы, избегание напоминаний о событии и состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга. Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования.

Более строгое и емкое определение диагностических критериев в МКБ-11 привело к значительному снижению распространенности ПТСР в соответствии с новой классификацией по сравнению с МКБ-10. По результатам исследования, проведенного в Австралии, распространенность ПТСР, согласно критериям МКБ-11, составила 3,3% от общей группы исследуемых, в то время как в соответствии с МКБ-10 распространенность составила 9,0%. Лица с диагнозом ПТСР по критериям МКБ-10, но не удовлетворившие критериям МКБ-11, по большей части не соответствовали требованию к наличию повторного переживания симптомов, а также требованию к наличию значительного ухудшения функционирования. Тем не менее, по мнению ряда авторов, предлагаемая в МКБ-11 трехфакторная структура ПТСР обычно обеспечивает очень хорошее соответствие данным и выявляет случаи примерно такой же тяжести, как DSM-IV и DSM-V.

Обращает на себя внимание различие подходов к диагностике ПТСР в МКБ-11 и DSM-V. Разработчики МКБ-11 пошли по пути ужесточения критериев и их редукции до трех основополагающих элементов, составляющих ПТСР. В то же время создатели DSM-V, напротив, стремились к разработке критериев, способных отобразить полный спектр клинически релевантных проявлений ПТСР. Подвергают критике также тот факт, что такие симптомы, как бессонница, раздражительность, когнитивные нарушения, дисфория, были исключены из критериев ПТСР в МКБ-11

виду своей неспецифичности. Между тем существуют данные, что вышеперечисленные симптомы могут выступать предикторами более тяжелого и затяжного течения ПТСР и потому важны для оценки в рамках данного диагноза.

Ожидалось, что более узкий диагноз ПТСР в МКБ-11 уменьшит его диагностическую коморбидность, однако это предположение не было подтверждено в ряде исследований, где существенного уменьшения сопутствующих заболеваний (депрессия, генерализованное тревожное расстройство) не было выявлено, несмотря на исключение из диагностических критериев перекрестных с ними симптомов.

В МКБ-11 введена новая категория — **осложненное, или комплексное, ПТСР («complex PTSD»)**, которая заменяет перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которая не смогла привлечь научный интерес и не включала расстройства, возникающие из-за длительного стресса в раннем детстве. Кроме того, в данном диагнозе не предполагалось обязательного наличия «ключевых симптомов» ПТСР.

Предполагают наличие связи между диссоциативным подтипом ПТСР в DSM-V и осложненным ПТСР. Так, в ряду «люди без диагноза ПТСР — лица с диагнозом ПТСР — лица с диагнозом осложненного ПТСР» наблюдается рост распространенности диссоциативных симптомов.

Осложненное ПТСР, помимо стержневых симптомов, включает три группы дополнительных симптомов — персистирующих, сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая следующие:

- ▶ трудности в регуляции эмоций;
- ▶ ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека;
- ▶ трудности в поддержании взаимоотношений.

Данная клиническая картина может возникнуть после воздействия единственного травматического стрессора, но чаще возникает вслед за тяжелым пролонгированным стрессом или множественными или повторяющимися нежелательными событиями, избежать воздействие которых не представляется возможным. К примеру, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство.

Диагноз осложненного ПТСР, согласно МКБ-11, требует длительного существования расстройства (например, на протяжении нескольких лет).

Согласно данным исследования, проведенного в Германии на общенациональной репрезентативной выборке в 2524 человека, наиболее высокая распространенность ПТСР была выявлена среди тех, кто столкнулся с по-

хищением (20,0%) и изнасилованием (16,7%), в то время как наибольшая распространенность осложненного ПТСР наблюдалась у лиц, столкнувшихся с сексуальным насилием в детском возрасте (7,4%). Многократное переживание травматических событий в раннем возрасте может оказывать влияние на становление процессов саморегуляции и адекватного самовосприятия. В результате этого возникают изменения личности, в частности, негативная «Я-концепция» и стойкое длительное нарушение функционирования, определяющие осложненное ПТСР. Ряд исследований подтверждает хорошо наблюдаемые различия между ПТСР и осложненным ПТСР, в частности, отмечая, что затяжное нарушение нормального функционирования в сочетании с изменениями личностной идентичности характерно именно для осложненного ПТСР.

Детское посттравматическое стрессовое расстройство в современных классификациях

Диагноз ПТСР был официально включен в DSM-III Американской психиатрической ассоциации в 1980 г., при этом в клиническом описании был указан любой возможный возраст (включая детский) на момент начала расстройства. В DSM-V (2013) разработаны отдельные диагностические критерии ПТСР для детей 6 лет и младше. Критерии для взрослых, подростков и детей старше 6 лет одинаковы. Диагностика ПТСР, согласно МКБ-10, не предполагает отдельные критерии для детского возраста.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите классификацию психических расстройств, в которой впервые появился диагноз ПТСР.
2. Какой диагностический критерий в американской классификации психических расстройств оказался наиболее эволюционирующим?
3. Когда ПТСР было выделено в отдельную диагностическую категорию для расстройств, связанных с травмой?
4. К расстройствам какого спектра относится ПТСР?
5. Назовите новую диагностическую категорию, характеризующую ПТСР, в МКБ-11.
6. Сравните подходы к диагностике ПТСР в МКБ-11 и DSM-V.
7. Какую диагностическую категорию МКБ-10 заменит категория МКБ-11 «осложненное ПТСР»?
8. Обозначьте место детского ПТСР в современных классификациях.