

Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.^{1,3,4,5}, Радионов Д.С.¹, Старунская Д. А.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

³Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

⁴Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Россия

⁵Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. ПТСР имеет тенденцию к формированию личностных нарушений, характеризуется высокой распространенностью сочетанной патологии и тяжелыми социальными последствиями. Совершенствование диагностических алгоритмов является важной составляющей помощи, оказываемой пациентам с ПТСР ввиду необходимости точной дифференциации и верификации расстройств, а также разработки и совершенствования персонализированных методов терапии. В статье на основании обзора отечественной и зарубежной литературы освещены актуальные вопросы классификации ПТСР, приведен алгоритм диагностики в контексте междисциплинарного подхода. Отмечена важность и комплексность персонализированного обследования, рассмотрены основные этапы, методы и диагностические инструменты, необходимые для клинической верификации ПТСР. Рассмотрена необходимость привлечения медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), классификация, алгоритм диагностики, междисциплинарный подход, персонализированная медицина

Информация об авторах:

Васильева Анна Владимировна* — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Караваева Татьяна Артуровна — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Радионов Дмитрий Сергеевич — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Старунская Диана Андреевна — e-mail: dianastarunskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

Как цитировать: Васильева А.В., Караваева Т.А., Радионов Д.С. Старунская Д.А. Алгоритм диагностики посттравматического стрессового расстройства. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:1:83-95. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-741>.

Конфликт интересов: А.В. Васильева и Т.А. Караваева являются членами редакционной коллегии.

Diagnostic algorithm for post-traumatic stress disorder

Vasileva A.V.^{1,2}, Karavaeva T.A.^{1,3,4,5}, Radionov D.S.¹, Starunskaya D.A.¹

¹V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russia

²I.I. Mechnikov North-western Medical State University, Saint Petersburg, Russia

³Saint-Petersburg State University, Russia

⁴Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Russia

⁵National Medical Research Center of Oncology Named after N.N. Petrov, Saint Petersburg, Russia

Research article

Summary. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a mental disorder that develops as a result of a powerful psycho-traumatic effect of a threatening or catastrophic nature, accompanied by extreme stress, the main clinical manifestations are repeated experiences of elements of a traumatic event in a “here and now” situation in the form of flashbacks, recurring dreams and nightmares, which accompanied more often by anxiety and panic, but possibly also by anger, feelings of guilt or hopelessness, a desire to avoid internal and external stimuli that resemble or are associated with the stressor. PTSD tends to form personality disorders, is characterized by a high prevalence of comorbidity and severe social consequences. Improving diagnostic algorithms is an important component of care provided to patients with PTSD due to the need for accurate differentiation and verification of disorders, as well as the development and improvement of personalized methods of therapy. Based on a review of domestic and foreign literature, the article highlights topical issues of PTSD classification, provides a diagnostic algorithm in the context of an interdisciplinary approach. The importance and complexity of a personalized examination are noted, the main stages, methods and diagnostic tools necessary for the clinical verification of PTSD are considered. The necessity of involving medical psychologists in professional teams to participate in the implementation of treatment and diagnostic measures in order to determine the individual psychological characteristics of the patient that are preserved and impaired due to the disease, to identify targets for psychotherapeutic effects, and to objectify the dynamics of therapeutic measures, is considered.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), classification, diagnostic algorithm, interdisciplinary approach, personalized medicine

Information about the authors:

Anna V. Vasileva* — e-mail: annavdoc@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0002-5116-836X>

Tatiana A. Karavaeva — e-mail: tania_kar@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8798-3702>

Dmitriy S. Radionov — e-mail: psyradionov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9020-3271>

Diana A. Starunskaya — e-mail: dianastarunskaya@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8653-8183>

To cite this article: Vasileva AV, Karavaeva TA, Radionov DS, Starunskaya DA. Diagnostic algorithm for post-traumatic stress disorder. V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2023; 57:1:83-95. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-741>. (In Russ.)

Conflict of interest: Anna V. Vasileva, Tatiana A. Karavaeva are members of the editorial board.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) на сегодняшний день является клинической реальностью. Диагноз ПТСР был впервые введен в 3-е издание Диагностического и статистического руководства (DSM) (Американская психиатрическая ассоциация) в 1980 г [1]. ПТСР является потенциально хроническим расстройством с тенденцией к формированию личностных нарушений разной степени тяжести. Учитывая комплексный характер причин, способствующих манифестации ПТСР, а также высокую распространенность сочетанной психопатологии, представляется актуальной разработка методов диагностики в рамках междисциплинарного подхода. Совершенствование диагностических алгоритмов является важной составляющей помощи, оказываемой пациентам с ПТСР ввиду необходимости точной дифференциации и верификации расстройств, а также разработки и совершенствования персонализированных методов терапии [6].

Клиническая диагностика. Основной метод диагностики ПТСР — клинический, включающий клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-патогенетический.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом, основными клиническими проявлениями выступают повторные переживания элементов травматического события в ситуации «здесь и сейчас» в форме флэшбеков, повторяющихся сновидений и кошмаров, что сопровождается чаще тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности, стремлением избегать внутренние и внешние стимулы, напоминающие или ассоциирующиеся со стрессором. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воз-

действия. В качестве пусковых факторов выступают события, которые способны вызвать дистресс практически у любого человека, природные и техногенные катастрофы, угроза жизни, нападение, пытки, сексуальное насилие, военные действия, террористические акты, пребывание в плену или концентрационном лагере, свидетельство гибели другого человека, жизнеугрожающее заболевание, получение известия о неожиданной или насильственной смерти близкого человека. Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [1,2,8].

Критерии ПТСР в МКБ-10. В МКБ-10 выделены следующие критерии ПТСР:

А. Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б. стойкие навязчивые воспоминания или «оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В. Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г. Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F40.0), либо частичная, либо полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора

2. Стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя:

- а) затруднение засыпания или сохранения сна;
- б) раздражительность или вспышки гнева;
- в) затруднения концентрации внимания;
- г) повышение уровня бодрствования;
- д) усиленный рефлекс четверохолмия.

Д. Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть точно определены отдельно).

В связи с широким сочетанием различных кластеров симптомов ПТСР, низким диагностическим порогом и высоким уровнем коморбидности в версии МКБ-11, представленной на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2019 г. в Женеве, были предложены изменения, направленные на повышение клинической утилитарности классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом [13].

Раздел МКБ-11 «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» включает в себя 6B43 «расстройство адаптации» (6B43), «ПТСР» (6B40)

и «комплексное ПТСР» (6B41). Помимо этого, в МКБ-11 включен новый самостоятельный диагноз «продолжительная реакция горя» (6B42). Диагнозы МКБ-11: продолжительной реакции горя, ПТСР, комплексной ПТСР и расстройства адаптации могут встречаться у представителей всех возрастных категорий, в том числе у детей и подростков. Данная группа также включает в себя специфические расстройства привязанности у детей. Кроме того, острая реакция на стресс в настоящее время представляется как нормальная реакция и, в связи с этим, классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Эта категория рассматривается как легитимная цель для клинических интервенций, но не определена как психическое расстройство [12,18,19,20].

Основные изменения в МКБ-11:

- более узкая концепция ПТСР, которая не позволяет выставлять диагноз на основе только неспецифичных симптомов;

- новая категория «комплексное ПТСР» («complex PTSD»), которая является аналогом диагноза «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0 в МКБ-10);

- новый диагноз «продолжительная реакция горя», используемый для характеристики пациентов, которые испытывают интенсивную, болезненную, приводящую к потере трудоспособности и аномально персистирующую реакцию на тяжелую утрату;

- существенный пересмотр диагностики «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов;

- пересмотр концепции «острой реакции на стресс» в русле представлений об этом состоянии, как о нормальном явлении, которое, однако, может потребовать клинического вмешательства.

Классификация ПТСР в МКБ-11 [13]:

1. Посттравматическое стрессовое расстройство (6B40)

Расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий, и характеризуется:

1) повторным переживанием травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флэшбеками или ночными кошмарами;

2) избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях), или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я);

3) состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования.

2. Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (6B41)

Расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей

природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений.

Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

1. Стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);

2. Поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);

3. Изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);

4. Нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом; трудности в поддержании близких отношений).

Данная модель заменяет категорию МКБ-10 «хроническое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0).

Создатели МКБ-11 делают акцент на том, что для конкретного пациента возможна постановка либо диагноза ПТСР, либо комплексного ПТСР. Они также говорят, что новая категория также указывает на необходимость больших затрат на лечение с использованием более долговременных мульти-модальных форм терапии, включая стационарное лечение в специализированных отделениях и клиниках. Эта нозология привлекает внимание специалистов, постоянно растет количество публикаций, так к 2020 г. уже вышли в свет результаты 322 исследований, это в два раза больше, чем было опубликовано по данной теме с 1992 по 2013 гг. [21]

В комментариях к МКБ-11 обращается внимание специалистов на то, что эти расстройства могут быть диагностированы во всех возрастных группах, в том числе у детей и подростков. Это замечание имеет важный практический характер, поскольку травматический опыт и отсутствие социальной поддержки признаются в качестве факторов риска для все большего числа психических расстройств.

Клиническая картина ПТСР. В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику [2,3,4,5,9]:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные

в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены [1, 4, 6].

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение) [2, 3, 4, 5, 9].

3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигилантность — сверхнастороженность, повышенная реакция испуга) [2, 3, 4, 5, 9].

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период [2, 3, 4, 5, 9].

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения [2, 3, 5]:

- Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.

- Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.

- Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдерживать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.

- Нарушения сна — бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сногворение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.

- Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.

- Повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вследствие, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.). Обусловлен связями

текстума (верхних холмиков четверохолмия у человека) с шейными и грудными сегментами спинного мозга.

Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing — блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) может выражаться в следующих проявлениях:

1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности.

5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности [3, 9].

На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также оказывать экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов, как группы риска формирования ПТСР. Клинические состояния, квалифицированные в остром периоде расстройства как «острые стрессовые реакции», «нарушения адаптации» и «посттравматические стрессовые расстройства», спустя годы проявляли преимущественно симптомы, характерные для органических расстройств с преобладанием психопатоподобной симптоматики и интеллектуально-негистического снижения [9].

Коморбидность ПТСР. Коморбидность является характерным признаком ПТСР [7, 9, 12, 17]. Наиболее часто встречается коморбидность со следующими психическими расстройствами: паническое расстройство; генерализованное тревожное расстройство; социальная фобия; специфическая фобия; диссоциативные расстройства; депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство; наркотическая зависимость, зависимость от психоактивных веществ (ПАВ); резидуально-органические заболевания головного мозга; экзогенно-органические заболевания головного мозга; шизофрения.

Диагностический алгоритм верификации ПТСР.

У пациентов с признаками ПТСР рекомендуется проводить дифференциальную диагностику со следующими расстройствами с целью точной верификации состояния [2, 3, 4, 5, 12, 15, 22]: расстройства, связанные со стрессом; паническое

расстройство; генерализованное тревожное расстройство; социальная фобия; специфическая фобия; диссоциативные расстройства; резидуально-органические заболевания головного мозга; органические заболевания головного мозга; специфические расстройства личности; шизофрения; острое полиморфное психотическое расстройство; гипоталамическое расстройство; патология щитовидной железы; феохромоцитома; употребление ПАВ (напр., амфетаминов, кокаина и др.); отмена производных бензодиазепина; побочные эффекты фармакотерапии (к примеру, кортикостероидов для системного применения, половых гормонов, психостимуляторов и ноотропных препаратов, препаратов для лечения заболеваний сердца).

При наличии у пациента связи клинических и психопатологических нарушений со стрессом ПТСР необходимо дифференцировать со следующими нозологиями с целью точной верификации состояния: острая реакция на стресс (F43.0), расстройство адаптации (F43.2), хроническое изменение личности после катастрофы (F62.0) [2, 3, 5, 8]. После введения к использованию МКБ-11 ПТСР также будет необходимо дифференцировать с «Пролонгированной реакцией горя» (6B42).

Острая реакции на стресс (F43.0) — Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней [8]. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние «оглушенности» с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора F44.2), или ажитацией, гиперактивностью (реакция бегства или фуга).

Расстройства адаптации (F43.2) — состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни) [8]. Связанные с дистрессом расстройства адаптации объединяются тем, что в их патогенезе существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, т. е. воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности.

Начало проявлений отмечается обычно в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 — пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). Одной из основных жалоб при дистрессовых расстройствах адаптации является тревога, которая неожиданно переполняет пациента и сопровождается выраженными вегетативными реакциями, что становится особенно болезненным при неразвитом навыке ассимилировать эмоции и приспосабливаться к ним.

Хроническое изменение личности после катастрофы (F62.0) — может развиваться вслед за стрессом катастрофы [8]. Примеры включают пребывание в концентрационных лагерях, пытки, стихийные бедствия, длительную подверженность угрожающим жизни обстоятельствам (например, положение заложника длительный захват в плен с постоянной возможностью быть убитым). Изменение личности должно быть хроническим и проявляться стойкими дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании. Для диагноза необходимо установить наличие не наблюдавшихся ранее признаков, таких как: а) враждебное или недоверчивое отношение к миру; б) социальная отгороженность; в) ощущения опустошенности и безнадежности; г) хроническое чувство волнения, как бы постоянной угрозы, существования «награнице»; д) отчужденность;

Такое изменение личности должно отмечаться на протяжении минимум 2 лет и не должно быть объяснимо предшествующим расстройством личности или психическим расстройством, за исключением посттравматического стрессового расстройства.

«Пролонгированная реакция горя» (6B42 в МКБ-11) — расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются стойкая и всеохватывающая грусть и тоска по умершему или постоянная погруженность в мысли о покойном [19]. Данные переживания продолжают аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социальной и культурной нормой (например, по крайней мере 6 месяцев или больше в зависимости от культурных и контекстуальных факторов), и они достаточно сильно выражены, чтобы вызвать значительное ухудшение в функционировании человека. Данные переживания также можно охарактеризовать как трудности принятия смерти, ощущение потери части самого себя, злобу в отношении потери, чувство вины или трудности с вовлечением в социальные и другие виды деятельности.

Сбор жалоб и анамнеза. Чаще всего пациенты предъявляют следующие жалобы: наплывы воспоминаний о травмирующей ситуации; повторяющиеся переживания психотравмирующего события в виде ярких, навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, ночными кошмарами и повторяющимися сновидения-

ми с содержанием пережитого травматического опыта; повышенная настороженность; стремление избегать каких-либо напоминаний о психотравмирующем событии, мыслей и воспоминаний о событии или избегать деятельности или ситуаций, людей, напоминающих событие; тревога, страх, беспокойство по мелочам; ожидание, что случится что-то ужасное, состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы, невозможность почувствовать себя в безопасности; частичная или полная психогенная амнезия стрессового события; раздражительность, вспышки гнева; чувство нереальности происходящего; вегетативные компоненты тревоги (приливы жара-холода, потливость, ощущение внутренней дрожи, озноба, сердцебиение, мышечное напряжение и пр.); чувство отстраненности, эмоционального притупления; снижение работоспособности, утрата прежних интересов.

Вначале для постановки диагноза ПТСР необходимо установить факт наличия в анамнезе пережитой ситуации угрожающего, катастрофического характера и оценить наличие связи между психопатологическими симптомами и психотравмирующей ситуацией [2, 3, 5, 8].

Важно обратить внимание на давность психотравмирующих обстоятельств (симптомы чаще развиваются в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации). При отсроченной манифестации ПТСР целесообразно выявить, что послужило триггером для формирования симптомов.

При опросе пациентов с ПТСР рекомендуется использовать Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР», оно может облегчить проведение дифференциальной диагностики.

Необходимо помнить, что расспрос и рассказ о психотравмирующем событии сам может выступать как фактор дополнительной травматизации. Необходимо чутко оценивать состояние пациента и его динамику во время беседы. Важное значение имеет профессиональный психотерапевтический опыт. Профессионального и осторожного подхода при сборе анамнеза требуют пациенты, пережившие сексуальное насилие, особенно совершенное родственниками или близкими пациенту людьми, поскольку они склонны скрывать факты насилия, особенно совершенные близкими родственниками или знакомыми.

При сборе анамнеза и проведении клинического интервью у пациентов, переживших психотравмирующую ситуацию, рекомендуется оценивать эмоциональную и сенсорную насыщенность травматических воспоминаний, выявить наличие интрузий и флэшбеков (стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах) в психическом статусе с целью дифференциальной диагностики от других заболеваний и планирования психотерапевтических интервенций [2, 3, 5, 8].

Целесообразно выделить жалобы, относящиеся к вегетативным проявлениям тревоги,нося-

щими устойчивый характер для учета при подборе терапии.

Для оценки рисков ухудшения состояния, вероятности высокой степени травматизации специалисту нужно обращать внимание и учитывать не только событие, ставшее пусковым фактором ПТСР, но и отягощенность травматическими событиями в целом, а также оценить специфику переработки травматического опыта. У пациента уточняют, что было самым тяжелым в травматическом опыте, определяют особенности экзистенциальной мета-когнитивной переработки произошедшего, для чего задаются необходимые уточняющие вопросы. Также уделяется особое внимание текущим стрессовым факторам в жизни пациента, наличию имеющийся социальной поддержки, межличностных проблем, актуальных сомнений и опасений, а также выявляются случаи суицидального поведения в анамнезе с целью оценки тяжести состояния и определения объема психиатрической, психотерапевтической, психологической и социальной помощи.

Мишенями диагностики является не только оценка наличия критериев ПТСР, но и выявление возможных коморбидных психических заболеваний (в т.ч. панического расстройства, расстройств личности, депрессивного и биполярного расстройства, зависимости от ПАВ) и соматической патологии. Учитывая высокий риск злоупотребления алкоголем у лиц, переживших тяжелое психотравмирующее событие, важно точно собирать алкогольный анамнез, уточнять опыт применения ПАВ, активно выявлять возможные предикторы злоупотребления алкоголем или ПАВ. Обязательно оценивается суицидальная готовность с целью дифференциальной диагностики состояния, определения вида и объема психиатрической помощи.

Необходимость изолировать пациента от стрессового фактора, сильная выраженность симптоматики, наличие суицидального риска, риска формирования злоупотреблением ПАВ, коморбидной психической и соматической патологии, отсутствие социальной поддержки, возможные трудности в подборе психофармакотерапии ее плохая переносимость может быть показанием для госпитализации пациента в стационар.

Физикальное, лабораторное и инструментальное обследование. Подробное физикальное и неврологическое обследование пациентов с симптомами ПТСР осуществляется для исключения соматической патологии и подтверждения психиатрического диагноза, а также для выявления коморбидной патологии [2, 3, 5].

Пациентам с ПТСР физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, визуального исследования целостности кожных покровов (в т.ч. с целью выявления следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ и выявления следов самоповреждающего поведения). Целесообразно измерить пульс и артериальное давление лежа (по-

сле отдыха 5 минут) и стоя (через 3 минуты после вставания), провести пальпацию щитовидной железы.

На текущий момент не существует каких-либо лабораторных методов диагностики ПТСР. Основная цель лабораторных обследований — исключение соматических заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР. Пациентам с ПТСР рекомендуется провести общий (клинический) анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический, анализ мочи общий для исключения соматической патологии и для оценки рисков развития побочных эффектов при приеме психофармакологической терапии. Также проводят анализ крови для оценки функции щитовидной железы: исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови, уровня свободного трийодтиронина сыворотки крови (Т3), уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови, уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови, уровня тиреотропного гормона в крови для исключения патологии щитовидной [2, 3, 5].

Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

На текущий момент не существует и каких-либо инструментальных методов диагностики ПТСР. Основная цель инструментальных обследований — исключение соматических (в т.ч. неврологических) заболеваний, при которых могут наблюдаться симптомы, схожие с ПТСР. Пациентам с ПТСР рекомендуется проведение электрокардиографии для оценки соматического состояния, исключения сердечно-сосудистой патологии, электроэнцефалографии для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний. Дуплексное сканирование транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга могут быть показаны первичным пациентам с ПТСР, которые ранее не подвергались этим исследованиям, и при наличии клинических или анамнестических показаний.

Клинико-психологическое психодиагностическое исследование. ПТСР является заболеванием, с патогенез и клинические (клинико-психопатологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а одним из эффективных методов лечения является психотерапия. На основании биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств, важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохраненных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтиче-

ского воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий.

Одна из важных составляющих компетенций медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР является психологическая диагностика. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен.

При экспериментально-психологической диагностики у пациентов с ПТСР рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в процессе терапии [9, 10, 11, 14, 16].

Приведенные ниже методики являются психометрическими и/или симптоматическими опросниками, которые позволяют оценить объективно характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия. Выбор методов и методик психологической диагностики относится к компетенции медицинского психолога, при соблюдении требования о представлении в тексте психологического заключения запрашиваемых лечащим врачом данных. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Методики могут применяться факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования не ограничен. При этом одной из важнейших составляющих участия медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР является психологическая диагностика. Используются все основные виды, методы и методики, принятые как в психологической диагностике в целом, так и в ее прикладном клиническом разделе, именуемом «медицинской психодиагностикой» или «психологической диагностикой» в клинике».

В соответствии с базовыми теоретическими положениями психологической диагностики, в клинической практике используются и клинико-психологические (экспертные) методы (клиническая беседа, наблюдение, интервью, анализ продуктов деятельности и т.п.), и экспериментально психологические методы. Опросниковые методы опираются в значительной степени на самооценочную природу получаемых данных и имеют свои ограничения в части объективности таких данных. С другой стороны, они в большей степени отражают индивидуально-психологические особенности самой личности и ее сохранность/

измененность в ситуации болезни, а также раскрывают широкий комплекс присущих испытуемому связей, отношений, способов реагирования и совладания, иных клинически значимых характеристик личности и личностно-средового взаимодействия и др. Такие данные должны расцениваться в рамках персонализированного подхода при реализации биопсихосоциальной парадигмы современных антропоцентрированных и клинических наук. При этом клинические методы органично вплетены в процедуры экспериментально-психологического исследования и используются непосредственно в процессе выполнения испытуемым проб и тестовых методик. Отличительной особенностью применения клинико- и экспериментально-психологических методов при решении задач психологической диагностики является учет и анализ специфики, обусловленной изменением болезнью психическим и психологическим статусом испытуемого.

Для быстрой оценки состояния применяется *Опросник на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire)*, который определяет тяжесть клинических проявлений, течение заболевания, основную психопатологическую симптоматику. Рекомендуется использовать его для уточнения основных кластеров типичных для ПТСР симптомов. Это краткий опросник для скринингового исследования ПТСР, состоящий из 10 вопросов, отражающих симптомы вторжения и физиологического возбуждения. Методика создавалась и была адаптирована на кафедре клинической психологии здоровья, университетский колледж Лондона в 2002 г. Данный опросник зарекомендовал себя как хороший кратный инструмент для выявления симптомов ПТСР. Однако, для постановки диагноза или верификации симптомов результаты должны быть подтверждены с помощью клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

К другим часто используемым в мировой практике методикам диагностики ПТСР относятся структурированное клиническое диагностическое интервью — *СКИД (SCID — Structured Clinical Interview for DSM)* и *клиническая диагностическая шкала (CAPS — Clinical-administered PTSD Scale)*. СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Несмотря на привязку к DSM этот опросник может помочь специалистам научиться хорошо формулировать вопросы при сборе анамнеза. Алгоритм интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем ПТСР. В каждом модуле даны четкие инструкции, позволяющие экспериментатору по мере необходимости перейти к беседе по другому блоку вопросов для диагностики уровня выраженности симптоматики ПТСР и частоты ее проявления. Так, при диагностически значимых ответах на вопросы, направленные на критерий А — наличия в опыте ре-

спондента травматического события, — интервьюер задает вопросы из следующих блоков, позволяющие получить информацию об уровне выраженности симптоматики, относящейся к другим критериям ПТСР. В дополнение к структурированному клиническому интервью рекомендуется использовать Шкалу CAPS. Применение шкалы важно в том случае, если в ходе интервью диагностируется наличие каких-либо симптомов ПТСР или всего расстройства в целом. Методика представлена в двух вариантах. Первый разработан для диагностики тяжести текущего ПТСР, как в течение прошлого месяца, так и в посттравматическом периоде в целом. Второй вариант CAPS предназначен для дифференцированной оценки симптоматики в течение последних двух недель.

CAPS-1 позволяет оценить частоту встречаемости и интенсивность проявления индивидуальных симптомов расстройства, а также степень их влияния на социальную активность и производственную деятельность пациента. Данная шкала помогает определить степень улучшения состояния при повторном исследовании по сравнению с предыдущим, валидность результатов и общую интенсивность симптомов. Важно иметь в виду, что время рассмотрения проявлений каждого симптома — 1 месяц.

Другой шкальной оценкой, применяемой в диагностике ПТСР является Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС). Клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности. Опросник предназначен для определения наличия, степени выраженности и симптоматической структуры посттравматического стрессового расстройства и позволяет оценить особенности трех основных аспектов клинических проявлений ПТСР. Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три шкалы: «вторжение», «избегание» и «возбудимость». Субшкала «Вторжение» характеризует интрузивные переживания и показывает, насколько сильны навязчивые дистрессирующие воспоминания, наличие «флэшбеков» (чувственного повторного переживания травматических событий) как наяву, так и в кошмарных сновидениях, а также остроту ассоциативно зависимых переживаний, отражающих интенсивность психологического дистресса. С помощью субшкалы «Избегания» оценивается упорное уклонение от стимулов, связанных с травматическими переживаниями, которое нередко сочетается с эмоциональной уплощенностью, чувством безразличия к другим людям, неуверенностью в будущем. Субшкала «Физиологическая возбудимость» отражает повышение эмоционального напряжения, избыточную реакцию на внешние раздражители (сенсорную чувствительность), гневливость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями или обстоятельствами, символизирующими травматическое событие, нарушение сна. Шкала зарекомендовала

себя как надёжный, валидный инструмент, прошедший кросс-культурную апробацию и может быть включена в батарею психодиагностических методик для работы с лицами, у которых имеется или подозревается ПТСР.

Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (англ. Mississippi Scale) — клиническая тестовая методика, изначально разработанная в 1987 году Кеппе Т.М. с соавторами для диагностики ПТСР у военнослужащих, побывавших в зоне боевых действий. Шкала содержит утверждения, отражающие состояние людей, переживших травматическую ситуацию. В 1995 году был разработан и опубликован гражданский вариант шкалы, валидизированный на выборке гражданских лиц с установленным диагнозом ПТСР. Опросник состоит из 35 вопросов в «военном» и 39 вопросов в «гражданском» вариантах. 30 вопросов образуют три основные шкалы, которые соотносятся с тремя группами симптомов ПТСР согласно DSM-III: 11 вопросов первой шкалы описывают симптомы группы вторжения, 11 симптомов второй шкалы описывают симптомы группы избегания, 8 вопросов третьей шкалы описывают симптомы возбудимости. Пять оставшихся вопросов описывают симптомы, относящиеся к чувству вины и суицидальным наклонностям. Популяционные исследования показали высокую внутреннюю согласованность военного (0,94) и гражданского (0,86) вариантов шкалы. Шкала обладает 87% чувствительностью и 63% специфичностью в диагностике ПТСР у контингента психически больных. Ответы на вопросы даются по шкале Ликкерта. Несмотря на группирование вопросов в четыре субшкалы, высчитывается только один итоговый коэффициент. Часть вопросов имеет перевёрнутые значения, что позволяет снизить установочность испытуемого или заполнение бланка в произвольном порядке.

В комплексе с данной методикой рекомендуется применять *Шкалу оценки интенсивности боевого опыта Т. Куна (Combat Exposure Scale)*. Данная шкала позволяет оценить количественные параметры частоты и продолжительности участия военнослужащих в различных экстремальных ситуациях в условиях боевых действий. Она включает 7 вопросов, касающихся характера и длительности пребывания испытуемого в условиях боевого опыта. Под каждым вопросом имеется шкала, проранжированная от 0 до 3 или от 0 до 4. Испытуемый выбирает на этой шкале позицию, максимально приближающуюся к описанию его военного опыта. Числа, соответствующие выбранным испытуемым позициям, складываются. Более высокие показатели соответствуют большей вероятности наличия у испытуемого травматического опыта. Для оценки влияния интенсивности боевого опыта на психологическое состояние участников военных конфликтов рекомендуется использовать эту методику совместно с другими методиками, такими как «Шкала для клинической диагностики ПТСР», «Шкала оценки вли-

яния травматического события (Impact of Event Scale-R, IES-R)» и др.

Для диагностики степени выраженности психофизиологических симптомов при реакции на стресс и определение этих симптомов, как предиктора заболеваний рекомендуется использовать *Шкалу оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс*. Шкала состоит из 39 вопросов, описывающих различные соматические симптомы (головные боли, расстройства ЖКТ, изменение дыхания и т.д.). Испытуемым необходимо оценить выраженность представленных симптомов по 5-ти бальной шкале. Результаты методики позволяют оценить вероятность развития заболевания на фоне стрессовых переживаний. Оценка осуществляется по степени вероятности от минимальной до выявления актуального заболевания, вследствие стрессовой реакции.

Опросник перитравматической диссоциации (ОПД) разработан в 1998 году и включает 9 вопросов, которые касаются переживаний пациента в то время, когда с ним происходило потенциально травмирующее событие. Диссоциация — термин, который обычно используется для характеристики процесса (или его результата), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций становится отделенным от остальной части личности человека и функционирует независимо. В основу опросника ОПД легла секция модуля PTSD [СКИД для DSM-III-R (Spitzer R. L и др., 1990)], вопросы которой касались переживаний субъекта в то время, когда с ним происходило потенциально психотравмирующее событие. Методика состоит из 9 вопросов, в которых описаны различные диссоциативные состояния, такие, например, как дереализация, деперсонализация, опыт выхода из тела и др. Ответы на вопросы даются в формате пятибалльной шкалы. Общий балл подсчитывается как среднее арифметическое по 9 пунктам. Диагностические критерии, следующие: у здоровых показатели от 9 до 15 баллов; у пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами — от 19 до 45 баллов.

Для выделения и оценки выраженности диссоциативной симптоматики применяется тестовый практический и исследовательский инструмент — «*Шкала диссоциации*» (англ. Dissociative Experience Scale — DES). Шкала представляет собой краткий опросник самоотчета, состоящий из 28 вопросов, в котором испытуемого просят оценить, как часто в повседневной жизни он переживает то или иное диссоциативное состояние. В инструкции респондента просят оценить частоту переживания им того или иного диссоциативного феномена, когда он не находился в состоянии интоксикации психоактивными веществами (наркотики, алкоголь). В том случае, когда респонденту по тем или иным причинам трудно читать, допускается чтение инструкции и вопросов вслух исследователем или клиницистом, который затем помогает респонденту сделать соответствующую его оценке отметку в бланке. Предполагалось, что эта шкала будет использована как для определения вклада диссоциации в клиническую

картину различных психических расстройств, так и для скрининговой оценки диссоциативных состояний (или расстройств, значимой составляющей которых является диссоциация, например таких, как ПТСР). Есть ограничения в ее применении: возраст респондента не должен быть менее 18 лет. Шкала имеет одно итоговое значение, высчитываемое по всем пунктам шкалы. Вопросы направлены на установление частоты встречаемости различных ситуаций и переживаний в повседневной жизни пациента.

Шкала безнадежности Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, сокр. ВНИ) — шкала, измеряющая выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему у взрослых и подростков. Шкала была разработана А. Беком и группой его сотрудников в Центре Когнитивной Терапии Медицинской Школы Университета Пенсильвании (США). Шкала состоит из двадцати утверждений. При ответе респондент выражает свое согласие или несогласие с каждым утверждением в соответствии с предложенными вариантами ответа: верно/ неверно. Целью применения данной методики является измерение выраженности негативного отношения субъекта к собственному будущему. С точки зрения авторов методики безнадежность — это психологический конструкт, который лежит в основе многих психических расстройств. При разработке шкалы авторы следовали концепции, в рамках которой безнадежность рассматривается как система негативных ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего. Индивиды с высокими показателями безнадежности верят: что все в их жизни будет идти не так; что они никогда ни в чем не преуспеют; что они не достигнут своих целей; что их худшие проблемы никогда не будут разрешены. Такое описание безнадежности соответствует негативному образу себя, негативному образу своего функционирования в настоящем и негативному образу будущего. Шкала безнадежности Бека измеряет выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему. Особую ценность данная методика представляет в качестве косвенного индикатора суицидального риска у пациентов, страдающих депрессией, а также у людей, ранее уже совершавших попытки самоубийства.

При проведении диагностических мероприятий также следует уделить внимание оценке терапевтической динамики расстройств. Для этого используется методика «*Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР*» («Treatment Outcome PTSD Scale» (TOP-8)). Опросник состоит из вопросов, которые помогают интервьюеру определить, какое травматическое событие является самым значимым, затем оценивать, насколько каждый симптом мешал пациенту на прошлой неделе. Каждому ответу соответствует определенное количество баллов. Результаты интерпретируются согласно общему количеству баллов, которое отражает терапевтическую динамику.

Заключение. Диагностика ПТСР является междисциплинарной задачей, представляя собой комплексный процесс. Алгоритм диагностики ПТСР представляет собой комплекс мероприятий, который включает клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, клинико-патогенетическое, физикальное), лабораторное, инструментальное и экспериментально-психологическое исследования. Структурированное интервью в сочетании с подобранными психодиагностическими шкалами и симптоматическими опросниками помогут

не только в установлении диагноза ПТСР, но и определении тяжести состояния, характера течения расстройства и проведением оценки состояния в динамике. Диагностические алгоритмы, включающие в себя последовательность применяемых методов, характеризуются системностью и четкой этапностью, что является необходимым для точной верификации ПТСР, с целью определению тактики терапии в рамках персонализированного подхода.

Литература/References

1. Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(10):72-81. Vasileva AV. Post-traumatic stress disorder in the focus of international research: from soldier heart to ICD-11. Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2022;122(10):7281. (In Russ.). <http://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>
2. Васильева А.В., Караваева Т.А., Незнанов Н.Г. Психотерапия: учебник. Под ред. А.В. Васильевой, Т.А. Караваевой, Н.Г. Незнанова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G. Psikhoterapiya: uchebnik. Pod red. A.V. Vasilevoi, T.A. Karavaevoi, N.G. Neznanova. Moskva: GEOTAR-Media, 2022. (In Russ.). <http://doi.org/10.33029/9704-6485-4-VKN-2022-1-864>
3. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицины. Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Сост. Н.В. Семенова, под общ. ред. Н.Г. Незнанова. Выпуск 2. СПб.: издательско-полиграфическая компания «КОСТА». 2019. Vasileva A.V., Karavaeva T.A., Lukoshkina E.P. Diagnostika i terapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva v klinike pograniichnykh rasstroistv i somaticheskoi meditsine. Diagnostika i lechenie psikhicheskikh i narkologicheskikh rasstroistv: sovremennye podkhody. Sbornik metodicheskikh rekomendatsii. Sost. N.V. Semenova, Pod obshch. red. N.G. Neznanova. Vypusk 2. SPb.: izdatelsko-poligraficheskaya kompaniya «KOSTA». 2019. (In Russ.).
4. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Вайс Э.Э., Яковлева Ю.А. ПТСР у пациентов с раком молочной железы после оперативного лечения (мастэктомии). Клинико-психологические особенности. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2018;4:83-92.
5. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П., Веисс Е.Е., Яковлева И.А. Breast cancer related PTSD in patients after surgical treatment (mastectomy). Clinical and psychological issues. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2018;4:83-92. (In Russ.). <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2018-4-83-92>
5. Караваева Т.А., Васильева А.В. Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в кн. «Тактика врача-психиатра: практическое руководство. под ред. Н.Г. Незнанова, Г.Э. Мазо. Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2022. Karavaeva T.A., Vasileva A.V. Reaktsii na tyazhelyi stress i narusheniya adaptatsii v kn. «Taktika vracha-psikhiatra: prakticheskoe rukovodstvo. Pod red. N.G. Neznanova, G.E. Mazo. M.: GEOTAR-Media. 2022. (In Russ.). <http://doi.org/10.33029/9704-6570-7-PSY-2022-1-232>
6. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2016;4:42-51. Karavaeva TA, Vasileva AV, Poltorak SV. Principles and algorithms of neurotic level anxiety disorders (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorders) psychotherapy. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2016;4:42-51. (In Russ.).
7. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Рыбакова Т.Г., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Зубова Е.Ю., Крупницкий Е.М. Предикторы длительности ремиссии алкогольной зависимости у больных с различным качеством ремиссии. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2014;3:31-37. Rybakova KV, Dubinina LA, Rybakova TG, Kiselev AS, Neznanov NG, Zubova EYu, Krupitsky EM. Predictors of duration of remission of alcohol dependence in patients with different quality of remission Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2014;3:31-37.

8. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. Психические расстройства и расстройства поведения. Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации, Москва: Российское общество психиатров. 1998. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei, 10-i peresmotr. Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya. Klass V MKB-10, adaptirovanniy dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii*, M.: Rossiiskoe obshchestvo psikiatrov. 1998. (In Russ.).
9. Солдаткин В.А. Посттравматическое стрессовое расстройство. Под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. 2015. *Soldatkin V.A. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo. Pod red. V.A. Soldatkina; GBOU VPO RostGMU Minzdrava Rossii. Rostov-na-Donu: Izd-vo RostGMU. 2015. (In Russ.).*
10. Солдаткин В.А. Клиническая психометрика: учебное пособие. под ред. В.А. Солдаткин, А.И. Ковалева, М.Н. Крючкова и др. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. 2020. *Soldatkin V.A. Klinicheskaya psikhometrika: uchebnoe posobie. Pod red. V.A. Soldatkina, A.I. Koval'eva, M.N. Kryuchkovoi i dr. FGBOU VO RostGMU Minzdrava Rossii, kafedra psikiatrii, narkologii i meditsinskoj psikhologii. Rostov-na-Donu: Izd-vo RostGMU. 2020. (In Russ.).*
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер. 2001. *Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. SPb.: Piter. 2001. (In Russ.).*
12. Alarcon RD, Glover SG, Deering CG. The cascade model: an alternative to comorbidity in the pathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*. 1999;62(2):114–124. <https://doi.org/10.1080/00332747.1999.11024860>
13. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:1–15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
14. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, Mc Evedy C, Turne S and Foa EB. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(3):158–162. <https://doi.org/10.1017/s0007125000161896>
15. Golier JA, Yehuda R, Lupien SJ. Memory performance in holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Am. J. Psychiatry*. 2002;159:1682–1688. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.10.1682>
16. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*. 1979;41:209–218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>
17. Ivesic S, Bagaric A, Oruc L et al. Psychotic symptoms and comorbid psychiatric disorders in Croatian combat-related posttraumatic stress disorder patients. *Croat Med*. 2000;41:179–183.
18. Kazlauskas E, Zelviene P, Lorenz L, Quero S, Maercker A. A scoping review of ICD-11 adjustment disorder research. *European journal of psychotraumatology*. 2018;8(7):1421819. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1421819>
19. Killikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European journal of psychotraumatology*. 2018;8(6):1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
20. Mauro C, Reynolds CF, Maercker A, Skritskaya N, Simon N, Zisook S, Lebowitz B, Cozza SJ, Shear MK. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines. *Psychological medicine*. 2019;49(5):861–867. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001563>
21. Reed GM, First MB, Billieux J, Cloitre M, Briken P, Achab S, Brewin CR, King DL, Kraus SW, Bryant RA. Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2022;21(2):189–213. <https://doi.org/10.1002/wps.20960>
22. Rosen C, Tiet Q, Cavella S, Finney J, Lee T. Chronic PTSD patients' functioning before and after the September 11 attacks. *Journal of traumatic stress*. 2005;18(6):781–784. <https://doi.org/10.1002/jts.20086>

Сведения об авторах

Васильева Анна Владимировна — д.м.н., главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доцент кафедры психотерапии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: annavdoc@yahoo.com

Каравасева Татьяна Артуровна — д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафе-

дры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсами медико-биологических дисциплин и педагогики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России. E-mail: tania_kar@mail.ru.

Радионо́в Дми́трий Серге́евич — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: psyradionov@gmail.com

Стару́нская Диана Андре́евна — младший научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: dianastarunskaya@gmail.com

Поступила 09.12.2022

Received 09.12.2022

Принята в печать 27.01.2023

Accepted 27.01.2023

Дата публикации 30.03.2023

Date of publication 30.03.2023