

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У DSM-5 (309,81)

(переклад непрофесійний, можуть бути неточності)

Канал «Кризова психологія та травмотерапія: фокус» у
фейсбуці: <https://www.facebook.com/traumotherapy>
телеграмі: <https://t.me/traumotherapy>

Діагностичні критерії

Посттравматичний стресовий розлад у дорослих, підлітків і дітей старше 6 років

А. Вплив фактичної смерті або загрози смерті, серйозних поранень або сексуального насильства одним (або кількома) з наступних способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної(-их) події(-ій).
2. Особистий свідок подій(-ї), які сталися з іншими.
3. Дізнатися, що травматична подія(-ї) сталася з близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадках фактичної або загрози смерті члена сім'ї чи друга, подія(-ї) повинна бути насильницькою чи випадковою.
4. Неодноразовий або надзвичайний контакт з неприємними деталями травматичної(их) події(ей) (наприклад, служби першої допомоги, які збирають людські останки; поліцейські, які неодноразово стикалися з подробицями жорстокого поводження з дітьми). Примітка: Критерій А4 не поширюється на освітлення через електронні медіа, телебачення, фільми чи зображення, якщо це освітлення не пов'язане з роботою.

В. Наявність одного (або більше) з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною(-ими) подією(-ями), що починаються після того, як відбулася(-лися) травматична(-і) подія(-ї):

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичні події(-ю). Примітка: у дітей старше 6 років може виникати повторювана гра, в якій виражаються теми або аспекти травматичної події(-ї).
2. Повторювані тривожні сни, у яких зміст та/або вплив сну пов'язані з травматичними подіями. Примітка: У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, спогади), при яких людина відчуває або діє так, ніби травматична подія повторюється. (Такі реакції

можуть виникати безперервно, причому найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення теперішнього оточення.) **Примітка:** У дітей під час гри може відбутися відтворення травми.

4. Інтенсивний або тривалий психологічний стрес при впливі внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події(-ю).

5. Виражені фізіологічні реакції на внутрішні або зовнішні сигнали, які символізують або нагадують аспект травматичної події(-й).

С. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травматичною(-ими) подією, яке розпочалося з того моменту, як відбулася(-і) травматична(-і) подія(-ї), що підтверджується одним або обома з наступних критеріїв:

1. Уникнення або намагання уникнути тривожних спогадів, думок або почуттів про (або тісно пов'язані з) травматичні події.

2. Уникнення або намагання уникнути зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної(-их) події чи тісно пов'язаних із ними.

Д. Негативні зміни в пізнанні та настрої, пов'язані з травматичною(-ими) подією (-ями), що почалися або погіршилися після того, як подія відбулася, що підтверджується двома (або більше) критеріями з наступних:

1. Нездатність пригадати важливий аспект травматичної події (як правило, через дисоціативну амнезію, а не через інші фактори, такі як травма голови, алкоголь або наркотики).

2. Стійкі й перебільшені негативні переконання чи очікування щодо себе, інших чи світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ повністю небезпечний», «Вся моя нервова система назавжди зруйнована »).

3. Стійкі, викривлені уявлення про причину або наслідки травматичної події (подій), які змушують людину звинувачувати себе або інших.

4. Стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).

5. Помітно знижений інтерес або участь у значній діяльності.

6. Почуття відстороненості або відчуженості від інших. 7. Постійна нездатність переживати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або почуття любові).

Е. Помітні зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною(-ими) подією, які почалися або погіршилися після цієї події, що підтверджується двома (або більше) критеріями з наступних:

1. Роздратованість і спалахи гніву (з незначною провокацією або без неї), як правило, виражається як вербальна або фізична агресія по відношенню до людей або предметів.

2. Безрозсудна або саморуйнівна поведінка.

3. Гіперпильність.

4. Перебільшена реакція лякливості.

5. Проблеми з концентрацією уваги.

6. Порушення сну (наприклад, труднощі із засипанням або збереженням сну або неспокійний сон).

F. Тривалість порушення (критерії B, C, D і E) більше 1 місяця.

G. Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування.

H. Розлад не пов'язаний з фізіологічними ефектами речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим медичним станом.

Специфікація:

- з дисоціативними симптомами: симптоми особи відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або повторювані симптоми будь-якого з наступного:

1. Деперсоналізація: постійні або повторювані переживання відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла та неначе сторонній спостерігач за ними (наприклад, відчуття, ніби ви перебуваєте уві сні; відчуття нереальності себе чи тіла або часу, що рухається повільно).

2. Дерезалізація: постійні або повторювані переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сновидіння, віддалений або спотворений). Примітка: щоб використовувати цей підтип, дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з фізіологічними ефектами речовин (наприклад, втрати свідомості, поведінка під час алкогольного сп'яніння) або іншим медичним станом (наприклад, комплексні парціальні судоми).

- з відстроченим проявом: якщо повні діагностичні критерії не виконуються принаймні через 6 місяців після події (хоча початок і прояв деяких симптомів можуть бути негайними).

Посттравматичний стресовий розлад у дітей 6 років і молодше

A. Діти віком до 6 років піддаються впливу фактичної або загрози смерті,

серйозним травмам або сексуальному насильству одним (чи кількома) із наступних способів:

1. Безпосереднє переживання травматичної події(-й).
2. Бути особистим свідком події(-й), яка сталася з іншими, особливо з основними опікунами. **Примітка:** Таке свідчення не включає події, які освітлені лише через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи зображення.
3. Дізнатися, що травматична подія(-ї) сталася з якимось з батьків або опікуном.

В. Наявність одного (або кількох) із наведених нижче симптомів вторгнення, що починається після травматичної події(-й) та пов'язаний із цією травматичною подією(-ями):

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію(-ї). **Примітка:** Спонтанні та нав'язливі спогади не обов'язково можуть виглядати тривожними та можуть виражатися як відтворення в грі.
2. Повторювані тривожні сновидіння, в яких зміст і/або вплив сновидіння пов'язані з травматичною подією(-ями). **Примітка:** Буває неможливо встановити, чи лякаючий зміст пов'язаний із травматичною подією.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), під час яких дитина відчуває себе або діє так, ніби травматична подія(-ї) повторюються. (Такі реакції можуть виникати в континуумі, причому найбільш екстремальним проявом є повна втрата усвідомлення поточного оточення.) Така специфічна для травми реконструкція може відбуватися під час гри.
4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес під час впливу внутрішніх або зовнішніх сигналів, які символізують або нагадують аспект травматичної події(-й).
5. Виражені фізіологічні реакції на нагадування про травматичні події.

С. Повинен бути присутнім один (або більше) із наведених нижче симптомів (який з'явився або погіршився з моменту події(-й)), що представляють або постійне уникнення подразників, пов'язаних із травматичною подією(-ями), або негативні зміни в когнітивному стані та настрої, пов'язаних з травматичною подією(-ями):

Постійне уникнення подразників

1. Уникання або намагання уникати діяльності, місць або фізичних нагадувань, які пробуджують спогади про травматичну подію(-ї).
2. Уникання або намагання уникати людей, розмов або міжособистісних ситуацій, які пробуджують спогади про

травматичну подію(-ї).

Негативні зміни в когнітивному стані

3. Значно підвищена частота негативних емоційних станів (наприклад, страху, провини, смутку, сорому, розгубленості).
 4. Помітно знижений інтерес або участь у важливих видах діяльності, включаючи обмеження гри.
 5. Соціально замкнута поведінка.
 6. Стійке зниження прояву позитивних емоцій.
- D. Зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією(-ями), які починаються або погіршуються після травматичної(-их) події(-й), про що свідчать два (або більше) з наступних критеріїв:
1. Дратівлива поведінка та спалахи гніву (з незначною провокацією або без неї), як правило, виражаються у вигляді словесної або фізичної агресії по відношенню до людей або предметів (включаючи екстремальні істерики).
 2. Гіперпильність.
 3. Перебільшена реакція лякливості.
 4. Проблеми з концентрацією.
 5. Порушення сну (наприклад, труднощі із засипанням або збереженням сну або неспокійний сон).
- E. Тривалість порушення більше 1 місяця.
- F. Порушення викликає клінічно значущий дистрес або погіршення стосунків з батьками, братами і сестрами, однолітками чи іншими опікунами або поведінкою в школі.
- G. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків або алкоголю) або іншим захворюванням.

Специфікація:

- з дисоціативними симптомами: симптоми особи відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або повторювані симптоми будь-якого з наступного:

1. Деперсоналізація: постійні або повторювані переживання відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла та неначе сторонній спостерігач за ними (наприклад, відчуття, ніби ви перебуваєте уві сні; відчуття нереальності себе чи тіла або часу, що рухається повільно).

2. Дереалізація: постійні або повторювані переживання нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сновидіння, віддалений або спотворений). Примітка: щоб використовувати цей підтип, дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з фізіологічними ефектами речовин (наприклад, втрати свідомості, поведінка під час алкогольного сп'яніння) або іншим медичним станом (наприклад, комплексні парціальні судоми).

- з відстроченим проявом: якщо повні діагностичні критерії не виконуються принаймні через 6 місяців після події (хоча початок і прояв деяких симптомів можуть бути негайними).

Діагностичні особливості

Суттєвою ознакою посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є розвиток характерних симптомів після впливу однієї чи кількох травматичних подій. Емоційні реакції на травматичну подію (наприклад, страх, безпорадність, жах) більше не є частиною Критерію А. Клінічні прояви ПТСР варіюються. У деяких людей можуть переважати повторне переживання страху, емоційні та поведінкові симптоми. В інших найбільш пригнічувати можуть ангедонійні або дисфорійні стани настрою та негативні когніції можуть. Ще у деяких осіб виражені збудження та реактивно-екстерналізаційні симптоми, тоді як у інших переважають дисоціативні симптоми. Нарешті, деякі люди демонструють комбінації цих симптомів.

Травматичні події, які безпосередньо переживаються, за Критерієм А включають, але не обмежуються, впливом війни в якості учасника бойових дій або цивільної особи, погрозою або реальним фізичним нападом (наприклад, фізичний напад, крадіжка, пограбування, фізичне насильство в дитинстві), погрозою або реальним сексуальним насильством (наприклад, примусове сексуальне проникнення, сексуальне проникнення через алкоголь/наркотики, жорстокий сексуальний контакт, безконтактне сексуальне насильство, сексуальна торгівля людьми), викрадення, взяття в заручники, терористичний напад, катування, ув'язнення як військовополоненого, природня чи техногенна катастрофа та важкі автотранспортні пригоди. Для дітей випадки сексуального насильства можуть включати невідповідний сексуальний досвід без фізичного насильства чи травм. Хвороба, яка загрожує життю, або виснажливий стан здоров'я не обов'язково вважається травматичною подією. Медичні випадки, які кваліфікуються як травматичні події, включають раптові катастрофічні події (наприклад, пробудження під час операції, анафілактичний шок). Події, які впливають через спостереження за ними, включають, але не обмежуються, спостереження за загрозою або серйозними травмами, неприродною смертю, фізичним або сексуальним насильством над іншою особою через насильницький напад, домашнє

наси́льство, нещасний випадок, війну чи катастрофу, медичну біду в дитини (наприклад, крововилив, що загрожує життю). Непрямий вплив дізнання про подію обмежується переживанням впливу на близьких родичів або друзів, і досвідом, який є насильницьким або випадковим (наприклад, смерть через природні причини не кваліфікується). Такі події включають насильницький напад, самогубство, серйозні нещасні випадки та серйозні травми. Розлад може бути особливо серйозним або тривалим, коли стресор є міжособистісним і навмисним (наприклад, катування, сексуальне насильство).

Травматичну подію можна пережити різними способами. Як правило, людина має періодичні, мимовільні та нав'язливі спогади про подію (критерій B1). Інтрузійні спогади при ПТСР відрізняються від депресивних румінацій тим, що вони відносяться лише до мимовільних і інтрузійних пригнічуючих спогадів. Акцент робиться на повторюваних спогадах про подію, які зазвичай включають сенсорні, емоційні або фізіологічні поведінкові компоненти. Поширеним симптомом повторного переживання є тривожні сни, які відтворюють саму подію, або є репрезентативними чи тематично пов'язаними з основними загрозами, включеними у травматичну подію (критерій B2). Людина може відчувати дисоціативні стани, які тривають від кількох секунд до кількох годин або навіть днів, під час яких компоненти події переживаються заново, а особа поводить себе так, ніби подія відбувається в цей момент (критерій B3). Такі події відбуваються в континуумі від короткочасних візуальних або інших сенсорних вторгнень щодо частини травматичної події без втрати орієнтації в реальності до повної втрати усвідомлення поточного оточення. Ці епізоди, які часто називають «флешбеками», як правило, короткі, але можуть бути пов'язані з тривалим дистресом і підвищеним збудженням. Для маленьких дітей відтворення подій, пов'язаних із травмою, може з'явитися в грі або в дисоціативних станах. Сильний психологічний дистрес (критерій B4) або фізіологічна реактивність (критерій B5) часто виникають, коли особа піддається дії тригерних подій, які нагадують або символізують аспект травматичної події (наприклад, вітряні дні після урагану; бачити когось, хто схожий на кривдника). Тригерним стимулом може бути фізичне відчуття (наприклад, запаморочення у тих, хто пережив травму голови; прискорене серцебиття у попередньо травмованої дитини), особливо для осіб із сильними соматичними проявами.

Стимули, пов'язані з травмою, наполегливо (наприклад, завжди або майже завжди) уникають. Людина зазвичай докладає свідомі зусилля, щоб уникнути думок, спогадів, почуттів або розмов про травматичну подію (наприклад, використовуючи методи відволікання, щоб уникнути внутрішніх нагадувань) (Критерій C1), а також уникати дій, предметів, ситуацій або людей, які пробуджують спогади про це (критерій C2).

Негативні зміни в когніціях або настрої, пов'язані з подією, починаються або посилюються після контакту з подією. Ці негативні

зміни можуть приймати різні форми, включаючи нездатність згадати важливий аспект травматичної події; така амнезія зазвичай виникає внаслідок дисоціативної амнезії, а не через травму голови, алкоголю чи наркотиків (критерій D1). Іншою формою є постійні (тобто завжди або майже завжди) і перебільшені негативні очікування щодо важливих аспектів життя, які стосуються себе, інших або майбутнього (наприклад, «Я завжди мав погану розсудливість»; «Людам, які мають владу, не можна довіряти»), що може проявлятися як негативна зміна у сприйнятій ідентичності після травми (наприклад, «Я більше ніколи нікому не можу довіряти»; критерій D2). Особи з ПТСР можуть мати постійні помилкові уявлення про причини травматичної події, які спонукають їх звинувачувати себе чи інших (наприклад, «Це моя вина, що мій дядько насильницьки поведився зі мною») (критерій D3). Стійкий негативний стан настрою (наприклад, страх, жах, гнів, провина, сором) або почався, або погіршився після впливу події (критерій D4). Людина може відчувати помітне зниження інтересу до або участі в діяльності, яка раніше подобалася (критерій D5), відчувати відсторонення або відчуженість від інших людей (критерій D6) або постійну нездатність відчувати позитивні емоції (особливо щастя, радість, задоволення або емоції, пов'язані з інтимністю, ніжністю і сексуальністю) (критерій D7).

Особи з ПТСР можуть швидко вспалахувати і навіть проявляти агресивну вербальну та/або фізичну поведінку через невелику провокацію або без неї (наприклад, кричати на людей, вступати в бійки, руйнувати предмети) (критерій E1). Вони також можуть проявляти необачну або саморуйнівну поведінку, наприклад, небезпечне водіння, надмірне вживання алкоголю чи наркотиків, самоушкодження чи суїцидальну поведінку (критерій E2). ПТСР часто характеризується підвищеною чутливістю до потенційних загроз, у тому числі тих, які пов'язані з травматичним досвідом (наприклад, після автомобільної аварії, бути особливо чутливим до потенційної загрози від автомобілей чи вантажівок), і тих, які не пов'язані з травматичною подією (наприклад, страх серцевого нападу) (критерій E3). Люди з ПТСР можуть надто реагувати на несподівані подразники, демонструючи підвищену реакцію лякливості або нервозності на гучні звуки або несподівані рухи (наприклад, помітну нервозність у відповідь на телефонний дзвінок) (критерій E4). Зазвичай повідомляють про труднощі з концентрацією, включаючи труднощі із запам'ятовуванням щоденних подій (наприклад, забуття номера телефону) або виконання цілеспрямованих завдань (наприклад, спостереження за розмовою протягом тривалого періоду часу) (критерій E5). Проблеми з початком і підтримкою сну є поширеними і можуть бути пов'язані з кошмарними снами та проблемами безпеки або з загальним підвищеним збудженням, яке заважає повноцінному сну (критерій E6). Деякі люди також відчують стійкі дисоціативні симптоми відчуження від свого тіла (деперсоналізація) або навколишнього світу (дереалізація); це відображається в специфікаторі «з

дисоціативними симптомами».

Супутні особливості, що підтримують діагностику

Може виникнути регрес розвитку, наприклад втрата мови у маленьких дітей. Можуть бути присутні слухові псевдогалюцинації, такі як сенсорне переживання відчуття своїх думок як вимовлених одним або кількома різними голосами, а також параноїдальні ідеї. Після тривалих, повторюваних і серйозних травматичних подій (наприклад, жорстоке поводження в дитинстві, катування) можуть додатково бути дисоціативні симптоми або людина може відчувати труднощі з регуляцією емоцій або підтриманням стабільних міжособистісних стосунків. Коли травматична подія спричиняє насильницьку смерть, можуть бути присутні як симптоми важкої втрати, так і посттравматичний стресовий розлад.

Поширеність

У Сполучених Штатах прогнозований довічний ризик ПТСР за критеріями DSM-IV у віці 75 років становить 8,7%. Дванадцятимісячна поширеність серед дорослих США становить приблизно 3,5%. Нижчі оцінки спостерігаються в Європі та більшості країн Азії, Африки та Латинської Америки, загально приблизно 0,5%-1,0%. Хоча різні групи мають різні рівні впливу травматичних подій, умовна ймовірність розвитку ПТСР після подібного рівня впливу також може відрізнятися в різних культурних групах. Рівень ПТСР вищий серед ветеранів та інших осіб, чия професія підвищує ризик травматичного впливу (наприклад, поліцейські, пожежники, персонал швидкої медичної допомоги). Найвищі показники (від однієї третини до більш ніж половини тих, хто зазнав впливу) спостерігаються серед тих, хто пережив зґвалтування, військові дії та полон, а також етнічно чи політично мотивоване інтернування та геноцид. Поширеність ПТСР може відрізнятися залежно від розвитку; діти та підлітки, включаючи дітей дошкільного віку, як правило, демонструють нижчу поширеність після впливу серйозних травматичних подій; однак це може бути тому, що попередні критерії не давали недостатньо інформації щодо вікових особливостей. Поширеність повного порогу посттравматичного стресового розладу також виявляється нижчою серед людей похилого віку порівняно із загальною популяцією; є докази того, що підпорогові прояви є більш поширеними, ніж повний ПТСР у більш пізньому віці, і що ці симптоми пов'язані зі значними клінічними порушеннями. Порівняно з білими нелатиноамериканцями США, вищі показники ПТСР були зареєстровані серед латиноамериканців США, афроамериканців та американських індіанців, а нижчі показники були зареєстровані серед американців азіатського походження, після коригування травматичного впливу та демографічних змінних.

Розвиток і протікання

ПТСР може виникнути в будь-якому віці, починаючи з першого року життя. Симптоми зазвичай починаються протягом перших 3 місяців після травми, хоча може бути затримка в місяці або навіть роки, перш ніж критерії будуть відповідати для встановлення діагнозу. Існує велика кількість доказів того, що те, що DSM-IV назвав «відстроченим початком», та що тепер називається «відстроченим проявом», можна розуміти як те, що деякі симптоми зазвичай з'являються миттєво, а затримка полягає у відповідності всім критеріям.

Часто реакція індивіда на травму відповідає критеріям гострого стресового розладу відразу після травми. Симптоми ПТСР і відносне переважання різних симптомів можуть змінюватися з часом. Тривалість симптомів також різна: повне одужання протягом 3 місяців спостерігається приблизно у половини дорослих, у той час як у деяких осіб симптоми зберігаються довше 12 місяців, а іноді й понад 50 років. Повторення та посилення симптомів може виникнути у відповідь на нагадування про первинну травму, постійні життєві стреси або заново пережиті травматичні події. У людей похилого віку погіршення здоров'я, погіршення когнітивних функцій і соціальна ізоляція можуть посилити симптоми ПТСР.

Клінічні прояви перепроживання можуть відрізнятися в залежності від розвитку. Маленькі діти можуть повідомляти про нові страшні сновидіння без змісту, характерного для травматичної події. У віці до 6 років (див. критерії для підтипу дошкільного віку) маленькі діти частіше виражають повторне переживання симптомів через гру, яка прямо або символічно стосується травми. Вони можуть не проявляти реакцій страху під час впливу або під час репереживання. Батьки можуть повідомляти про різноманітні емоційні або поведінкові зміни у маленьких дітей. Фокус може бути на уявних втручаннях у гру чи розповідь. Крім уникнення, діти можуть бути охоплені нагадуваннями. Через обмеження маленьких дітей у вираженні думок або позначенні емоцій, негативні зміни в настрої або когнітивних здібностях, як правило, передбачають зміни настрою. Діти можуть переживати супутні травми (наприклад, фізичне насильство, бути свідками домашнього насильства) і за хронічних обставин можуть бути не в змозі визначити початок симптомів. Унікаюча поведінка може бути пов'язана з обмеженням у грі або пошуковій поведінці у маленьких дітей; зниженням участі дітей шкільного віку в нових видах діяльності; або небажання використовувати можливості для розвитку у підлітків (наприклад, побачення, водіння). Старші діти та підлітки можуть вважати себе трусами. Підлітки можуть таїти у собі переконання, що вони відрізняються як соціально небажані та відчуженні від однолітків (наприклад, «Тепер я ніколи не зможу вписатися») і втрачають прагнення щодо майбутнього. Дратівливість або агресивна поведінка дітей і підлітків може заважати стосункам з однолітками та поведінці в школі.

Безрозсудна поведінка може призвести до випадкового травмування себе чи інших, пошуку гострих відчуттів або поведінки високого ризику. Особи, які продовжують переживати ПТСР у зрілому віці, можуть проявляти менше симптомів гіперзбудження, уникнення та негативних когнітивних процесів і настрою порівняно з молодими дорослими з ПТСР, хоча дорослі, які зазнали травматичних подій у подальшому житті, можуть проявляти більше уникнення, підвищеного збудження, проблем зі сном та заклинання плачу, ніж молоді дорослі, які зазнали тих самих травматичних подій (англ. «. Individuals who continue to experience PTSD into older adulthood may express fewer symptoms of hyperarousal, avoidance, and negative cognitions and mood compared with younger adults with PTSD, although adults exposed to traumatic events during later life may display more avoidance, hyperarousal, sleep problems, and crying spells than do younger adults exposed to the same traumatic events»). У людей похилого віку розлад пов'язаний з негативним сприйняттям здоров'я, використанням первинної медичної допомоги та суїцидальними думками.

Ризик і прогностичні фактори

Фактори ризику (і захисні) зазвичай поділяють на претравматичні, перитравматичні та посттравматичні фактори.

Претравматичні фактори

Темперамент. До них відносяться емоційні проблеми в дитинстві до 6 років (наприклад, попередній травматичний вплив, зовнішні проблеми або проблеми з тривогою) і попередні психічні розлади (наприклад, панічний розлад, депресивний розлад, ПТСР або obsесивно-компульсивний розлад [ОКР]).

Екологічні. До них належать нижчий соціально-економічний статус; нижча освіта; попередні травми (особливо в дитинстві); негаразди дитинства (наприклад, економічна депривація, розпад сім'ї, розлучення батьків або смерть); культурні особливості (наприклад, фаталістичні або самозвинувачувальні копінгі); зниження інтелекту; расовий/етнічний статус меншини; і сімейна психіатрична історія. Соціальна підтримка до впливу події є захисним фактором.

Генетичний і фізіологічний. Це жіноча стать і молодший вік на момент травми (для дорослих). Певні генотипи можуть або бути захисними, або підвищувати ризик ПТСР після впливу травматичних подій.

Перитравматичні фактори

Екологічні. До них належать тяжкість (доза) травми (чим більша величина травми, тим більша ймовірність ПТСР), передбачувана загроза

життю, тілесні ушкодження, міжособистісне насильство (зокрема, травма, заподіяна опікуном або якщо дитина була свідком погрози опікуну), а для військовослужбовців – бути злочинцем, бути свідком звірств або вбивати ворога. Нарешті, дисоціація, яка виникає під час травми і зберігається після неї, є фактором ризику.

Посттравматичні фактори

Темперамент. До них належать негативні оцінки, невідповідні стратегії подолання та розвиток гострого стресового розладу.

Екологічний. До них належать повторні засмучуючі нагадування, подільші несприятливі життєві події та фінансові чи інші втрати, пов'язані з травмою. Соціальна підтримка (включаючи стабільність сім'ї для дітей) є захисним фактором, який пом'якшує результат після травми.

Діагностичні проблеми, пов'язані з культурою

Ризик виникнення та тяжкість ПТСР може відрізнятися в різних культурних групах внаслідок варіацій у типі травматичного впливу (наприклад, геноцид), впливу на тяжкість розладу значення, яке приписується травматичній події (наприклад, нездатність здійснити обряди поховання після масового вбивства), поточний соціокультурний контекст (наприклад, проживання серед непокараних злочинців у постконфліктних умовах) та інші культурні фактори (наприклад, акультуративний дистрес у іммігрантів). Відносний ризик ПТСР внаслідок певних впливів (наприклад, релігійних переслідувань) може відрізнятися залежно від культурної групи. Клінічний прояв симптомів або кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу може відрізнятися в залежності від культури, зокрема щодо симптомів уникнення та оціпеніння, тривожних снів і соматичних симптомів (наприклад, запаморочення, задишка, відчуття жару).

Культурні синдроми та ідіоми дистресу впливають на прояв ПТСР та ряд супутніх розладів у різних культурах, забезпечуючи поведінкові та когнітивні шаблони, які пов'язують травматичний вплив із конкретними симптомами. Наприклад, симптоми панічної атаки можуть бути помітними при ПТСР серед камбоджійців і латиноамериканців через зв'язок травматичного впливу з панічно-подібними *khydl* атаками і *ataque de nervios*. Комплексна оцінка місцевих проявів ПТСР повинна включати оцінку культурних концепцій дистресу (див. розділ «Культурне формулювання» у Розділі III).

Діагностичні проблеми, пов'язані зі статтю

ПТСР протягом усього життя є більш поширеним серед жінок, ніж серед

чоловіків. Жінки в загальній популяції переживають ПТСР довше, ніж чоловіки. Принаймні частково підвищений ризик ПТСР у жінок, здається, пояснюється більшою ймовірністю піддатися травматичним подіям, таким як зґвалтування та інші форми міжособистісного насильства. У популяціях, які піддаються особливому впливу таких стресорів, гендерні відмінності в ризику ПТСР послаблюються або незначні.

Ризик самогубства

Травматичні події, такі як жорстоке поводження в дитинстві, збільшують ризик самогубства людини. ПТСР пов'язаний із суїцидальними ідеями та спробами суїциду, і наявність розладу може вказувати на те, люди з цими ідеями можуть врешті-решт розробити план самогубства або фактично будуть намагатися вчинити самогубство.

Функціональні наслідки

Посттравматичний стресовий розлад

ПТСР пов'язаний із високим рівнем соціальної, професійної та фізичної неспроможності, а також значними економічними витратами та високим рівнем використання медичних послуг. Порушення функціонування проявляється в соціальних, міжособистісних відносинах, розвитку, освіті, фізичному здоров'ї та професійній сфері. У вибірках із громади та ветеранів ПТСР асоціюється з поганими соціальними та сімейними стосунками, прогулами на роботі, нижчими доходами та нижчою освітньою та професійною успішністю.

Диференційна діагностика

Розлади адаптації. У розладах адаптації стресор може бути будь-якої тяжкості або типу, а не того, що вимагається Критерієм А для ПТСР. Діагноз розладу адаптації використовується, коли реакція на стресор, яка відповідає Критерію А ПТСР, не відповідає всім іншим критеріям ПТСР (або критеріям іншого психічного розладу). Розлад адаптації також діагностується, коли симптоматика посттравматичного стресового розладу виникає у відповідь на стресор, який не відповідає критерію ПТСР А (наприклад, відхід дружини, звільнення).

Інші посттравматичні розлади та стани. Не всі психопатології, які виникають в осіб, які зазнали сильного стресу, слід обов'язково відносити до ПТСР. Діагноз вимагає, щоб вплив травми передував появі або загостренню відповідних симптомів. Більше того, якщо характер відповіді симптомів на екстремальний стресор відповідає критеріям іншого психічного розладу, ці діагнози слід поставити замість ПТСР або на додаток до нього. Інші діагнози та стани виключаються, якщо вони

краще пояснюються посттравматичним стресовим розладом (наприклад, симптоми панічного розладу, які виникають лише після впливу травматичних нагадувань). У важких випадках характер реакції симптомів на сильний стресор може потребувати окремого діагнозу (наприклад, дисоціативна амнезія).

Гострий стресовий розлад. Гострий стресовий розлад відрізняється від посттравматичного стресового розладу тим, що характер симптомів гострого стресового розладу обмежений тривалістю від 3 днів до 1 місяця після впливу травматичної події.

Тривожні розлади та obsесивно-компульсивний розлад. При ОКР періодично виникають нав'язливі думки, але вони відповідають визначенню нав'язливості. Крім того, інтрузивні думки не пов'язані з пережитою травматичною подією та компульсії зазвичай присутні, а інші симптоми ПТСР або гострого стресового розладу зазвичай відсутні. Ані збудження та дисоціативні симптоми панічного розладу, ані уникання, дратівливість і тривога при генералізованому тривожному розладі не пов'язані з конкретною травматичною подією. Симптоми тривожного розладу при розлучі явно пов'язані з розлукою з домом або сім'єю, а не з травматичною подією.

Великий депресивний розлад. Велика депресія може передувати або не передувати травматичній події, і її слід діагностувати, якщо інші симптоми ПТСР відсутні. Зокрема, великий депресивний розлад не включає жодних симптомів ПТСР за критерієм В або С. Він також не включає низку симптомів ПТСР за критерієм D або E.

Розлади особистості. Міжособистісні труднощі, які виникли або значно посилилися після травматичної події, можуть свідчити про ПТСР, а не про розлад особистості, при якому такі труднощі очікувалися б незалежно від будь-якого травматичного впливу.

Дисоціативні розлади. Дисоціативна амнезія, дисоціативний розлад ідентичності та розлад деперсоналізації-дереалізації можуть або не можуть передувати впливу травматичної події або можуть мати або не мати супутніх симптомів ПТСР. Проте, коли повністю відповідають критеріям ПТСР, слід розглядати підтип ПТСР «з дисоціативними симптомами».

Конверсійний розлад (розлад функціональних неврологічних симптомів). Нова поява соматичних симптомів у контексті посттравматичного дистресу може бути ознакою ПТСР, а не конверсійного розладу (розлад функціональних неврологічних симптомів).

Психотичні розлади. Флешбеки при ПТСР слід відрізняти від маячні, галюцинацій та інших порушень сприйняття, які можуть виникати при шизофренії, короткому психотичному розладі та інших психотичних розладах; депресивних та біполярних розладах з психотичними ознаками;

делірію; розладів, спричинених прийомом речовин/наркотиків; і психотичних розладів внаслідок іншого захворювання.

Черепно-мозкова травма. Коли травма головного мозку виникає в контексті травматичної події (наприклад, травматичний нещасний випадок, вибух бомби, травма прискорення/уповільнення (англ. acceleration/deceleration trauma)), можуть з'явитися симптоми ПТСР. Подія, що спричиняє травму голови, також може викликати психологічну травму, а нейрокогнітивні симптоми, пов'язані з черепно-мозковою травмою (ЧМТ), не виключають один одного і можуть виникати одночасно. Симптоми, які раніше називали постконтузійними (наприклад, головні болі, запаморочення, чутливість до світла або звуку, дратівливість, дефіцит концентрації), можуть виникати у груп населення з черепно-мозковими травмами та без них, включаючи осіб з ПТСР. Оскільки симптоми ПТСР і нейрокогнітивні симптоми, пов'язані з ЧМТ, можуть збігатися, диференційний діагноз між ПТСР і симптомами нейрокогнітивного розладу, пов'язаними з ЧМТ, може бути можливим на основі наявності симптомів, які є характерними для кожного прояву. У той час як повторне переживання та уникнення є характерними для ПТСР, а не для наслідків ЧМТ, стійка дезорієнтація та сплутаність свідомості є більш специфічними для ЧМТ (нейрокогнітивні ефекти), ніж для ПТСР.

Коморбідність

Люди з ПТСР на 80% частіше, ніж люди без ПТСР, мають симптоми, які відповідають діагностичним критеріям принаймні одного іншого психічного розладу (наприклад, депресії, біполярного розладу, тривожного розладу або розладу вживання психоактивних речовин). Коморбідний розлад вживання психоактивних речовин і розлади поведінки частіше зустрічаються серед чоловіків, ніж серед жінок. Серед військовослужбовців США та ветеранів бойових дій, які брали участь у останніх війнах в Афганістані та Іраку, одночасне виникнення ПТСР і легкого ЧМТ становить 48%. Хоча більшість маленьких дітей із ПТСР також мають принаймні ще один діагноз, моделі супутньої патології відрізняються, ніж у дорослих, з переважанням опозиційно-зухвалого (англ. oppositional defiant) розладу та тривожного розладу розлуки. Нарешті, існує значна коморбідність між ПТСР і основним нейрокогнітивним розладом і деякі симптоми, що збігаються між цими розладами.