

**Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы**

**Молчанова Е.С.**

*Молчанова Елена Сергеевна*

*кандидат медицинских наук, доцент направления психологии; Американский Университет в Центральной Азии, ул. Абдымомунова, 205, Бишкек, Кыргызстан. Тел.: +996 (312) 66-33-09;*

*доцент кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии; Кыргызско-Российский (Славянский) Университет;*

*научный консультант Кыргызской Психиатрической Ассоциации;*

*научный сотрудник консорциума для Мультикультурных исследований психологии; Университет штата Мичиган, США.*

*E-mail: emolchanova2009@gmail.com*

*Copyright ©: Молчанова Е.С.*

**Аннотация.** Введение. Категория посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), безусловно, удобная для профессионального применения, остается одной из наиболее спорных в форматах МКБ-10 и DSM-IV-TR. Опубликованная в мае 2013 года Американской Психиатрической Ассоциацией новая классификация психических расстройств — DSM-V, представляет пользователю ряд изменений, призванных облегчить диагностику ПТСР и острого стрессового расстройства (ОСР). Данная работа посвящена сравнению описания ПТСР и ОСР в форматах прежней и обновленной американских классификаций психических расстройств, а также анализу возможных проблем применения улучшенных диагностических критериев. Метод. Для демонстрации различий между прежним и новым описанием диагностических категорий использовано простое сравнение текстов DSM-IV-TR и DSM-V. В статье приведен перевод диагностических критериев ПТСР и ОСР в формате DSM-V на русский язык. Для демонстрации применения обновленных критериев ПТСР в диагностическом процессе использован метод анализа случая. Результаты. В целом, диагностические критерии ПТСР в формате DSM-V почти повторяют критерии, изложенные в прежней классификационной системе. Основные отличия включают следующее: (1) Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом, сгруппированы в отдельный кластер и вынесены из рубрики тревожных расстройств; (2) Выделены два дополнительных подтипа ПТСР: «детский» и подтип с диссоциативными симптомами; (3) Были проведены изменения в перечне диагностических критериев с целью облегчить диагностику ПТСР и ОСР и сделать диагноз более валидным. Приведенные в статье клинические примеры демонстрируют по-прежнему линейный, западно-ориентированный подход к диагностике расстройств, связанных с травматическим стрессом и отсутствие культуральной проекции. В новой редакции DSM (и это справедливо не только для ПТСР и ОСР), упор сделан на поведенческие проявления расстройства, что может еще более дистанцировать психиатра от внутренних переживаний пострадавшего. Случаи, когда состояние пациента соответствовало всем необходимым и достаточным критериям ПТСР, были довольно редкими и диагностировались либо у людей с западной моделью образования, либо у военнослужащих. Заключение. ПТСР по-прежнему представляется удобной амальгамой психических расстройств, спровоцированных чрезмерной психологической травмой. Необходим комплексный, многомерный подход к оценке и оказанию помощи после чрезвычайных ситуаций, при необходимости выходящий за рамки клинических протоколов.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство; острое стрессовое расстройство; классификация психических расстройств; анализ случая.

*УДК 616-092.19:159.9*

**Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008**

Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 2. doi:10.24411/2219-8245-2014-00006

Поступила в редакцию: 01.11.2013 Прошла рецензирование: 06.12.2013 Опубликовано: 15.01.2014

Конструкт посттравматического стрессового расстройства, несмотря на все его удобства, продолжает вызывать серьезные сомнения в правомерности применения [10]. Во время одного из конгрессов Всемирной Психиатрической Ассоциации, руководитель авторитетной секции вызвал бурю негодования в аудитории, заявив, что «ПТСР есть не что иное, как удобная амальгама психических расстройств, так или иначе спровоцированных чрезмерной психологической травмой». Оратор тогда отразил и мое мнение, поэтому мне была не совсем понятна бурная эмоциональная реакция аудитории, состоявшей в основном из психиатров-травматологов.

Посттравматическое стрессовое расстройство в форматах МКБ-10 и DSM-IV противоречит принятому для этих классификаций анозогностическому подходу [1; 3; 4], так как его этиология определена и даже вынесена в качестве основного критерия (критерия А в формате DSM); ПТСР с большой натяжкой способно претендовать на статус отдельной нозологической единицы, легко гипердиагностируется в тех случаях, когда в анамнезе пациента есть указания на перенесенный дистресс [13]. Кроме того, активное использование номинации патологизирует нормальные человеческие переживания в ситуации потери, и, наконец, как каждый конструкт, который не совсем удачно определен, ПТСР обрастает авторскими вариантами и типами течения. В ряде исследований [6; 10; 11; 13; 14] появились указания на случаи посттравматического стрессового расстройства, связанные с посещением дантиста (*post-traumatic dental care anxiety*), с медикаментозным прерыванием беременности (*post-traumatic abortion syndrome*), с реакцией обиды (*post-traumatic embitterment disorder*) и после просмотра телепередач. Таким образом, критерий А — первый критерий ПТСР в прежней классификации, оказался невалидным, так как один и тот же симптомокомплекс мог развиваться в результате «объективно» не совсем катастрофических событий, которые, однако, *индивидуально переживались как трагедия*, нарушающая привычное функционирование ребенка или взрослого.

В формате старой DSM-IV, категория посттравматического стрессового расстройства была включена в группу тревожных расстройств, что представлялось нейрофизиологически оправданным. Действительно, у пациентов с ПТСР были выявлены нарушения в строении миндалевидных тел (*amygdala bodies*) гиппокампа и лимбической коры. Кроме того, у пациентов с верифицированным ПТСР было доказано формирование короткого, не затрагивающего кору, ответа на угрожающий стимул [7; 8], что, кстати, типично и для специфических изолированных фобий. С этой точки зрения хрестоматийный случай маленького Альберта (*little Albert's case*), у которого был кондиционирован страх белых крыс, можно рассматривать как ПТСР у ребенка младше 6-ти летнего возраста, причем обнаружить у него все необходимые критерии. К сожалению, во время работы бихевиориста Уотсона (Watson, 1920) оставалось еще как минимум 60 лет до введения категории ПТСР в психиатрический тезаурус, и отсутствие внимания к психологической травме помешало остановить жестокий эксперимент. Помимо феноменологического сходства ПТСР с другими расстройствами, прежде всего, диссоциативными и тревожными, существует еще целый ряд проблем, связанных с этой диагностической категорией. Одна из них — социальная и этическая, заключается в превращении ПТСР в *money-maker* — источник заработка для многочисленных организаций — явление, иллюстрирующее философский закон единства и борьбы противоположностей (*беда и нажива*). Не могу не вспомнить в этой связи пример,

связанный с программой по борьбе с детской бедностью (*poverty reduction strategy program — PRSP*), когда-то активно функционировавшей в Бишкеке и устраивавшей приемы в дорогих ресторанах на суммы, способные многократно удовлетворить базовые потребности тысяч детей.

Несмотря на весь скептицизм, связанный с диагностической категорией, а также с развернутыми вокруг страдания грантовыми лихорадками, «ярмарками» программ, фондов, медикаментов и т.д., нельзя не признать, что четкое обозначение **травмы** как основного этиологического фактора, вызывающего расстройство, смогло привлечь внимание власть имущих к проблемам сферы психического здоровья, так или иначе существующих в каждой, даже относительно благополучной стране. Общепринятое мнение о росте насилия в современном мире (что, как показывает А.П. Назаретян, не совсем соответствует историческим данным [2]), превращает экстремальную психиатрию в одно из наиболее модных, и, безусловно, актуальных направлений наук о психическом здоровье.

В новой DSM-V [4] острое стрессовое и посттравматическое стрессовое расстройство выведены из группы тревожных расстройств и включены в новый для семьи DSM класс — “Trauma and Stressor-related Disorders” (расстройства, связанные с травмой и стрессором). Кроме того, помимо «взрослого» варианта ПТСР в DSM-V выделен вариант ПТСР для детей 6-лет и младше (*for children 6 years old and younger*).

Ниже приведен перевод изложения диагностических критериев ПТСР в DSM-V [4].

| <b>Посттравматическое стрессовое расстройство</b>  |                        |
|--|------------------------|
| Диагностические критерии   | <b>309-81</b> (F43.10) |
| <b>Посттравматическое стрессовое расстройство</b>  |                        |
| <b>Примечание:</b> Приведенные ниже критерии применимы к взрослым, подросткам и детям, старше 6 лет. Для детей 6 лет и младше — см. соответствующие критерии, изложенные ниже.   |                        |
| <b>А.</b> Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме ( <i>injury</i> ) или сексуальному насилию в одном или нескольких из перечисленных вариантов:  |                        |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Непосредственная подверженность травматическому событию.</li> <li>2. Непосредственное (личное) зрительное восприятие травмы, которую переживают другие.</li> <li>3. Получение информации о том/ что травмирующие события произошли с членами семьи или близкими друзьями; события должны быть либо насильственными, либо характеризоваться как несчастный случай.</li> <li>4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (<i>aversive</i>) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде/ собирающей человеческие останки/ служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.</li> </ol> |                        |
| <b>Примечание:</b> критерий А4 не применим к электронным медиа, телевидению, фильмам и фотографиям, если только фотографии не связаны с работой индивидуума.   |                        |
| <b>В.</b> Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:   |                        |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повторяющиеся непроизвольные навязчивые и тягостные воспоминания о травмирующем событии.</li> </ol>  |                        |
| <b>Примечание:</b> у детей 6 лет и старше могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий).  |                        |

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием.  
**Примечание:** у детей старше 6 лет могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.
3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки — *flashbacks*), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется (подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находится полное отсутствие осознания реального окружения).  
**Примечание:** у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.
4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (событий).
5. Заметные психологические реакции по отношению к внутренним или внешним признакам чего-либо, символизирующим или напоминающим какой-либо аспект травматического события (событий).

**С.** *Постоянное избегание стимулов, ассоциирующихся с травматическим событием (травматическими событиями), что начинается после возникновения травматической ситуации и подтверждается либо одним, либо двумя признаками:*

1. Избегание либо попытки избежать неприятных воспоминаний, мыслей, чувств о травматическом событии, либо неприятных воспоминаний, мыслей, чувств, тесно ассоциирующихся с травматическим событием.
2. Избегание либо попытки избежать напоминающих о событии людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций, которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним),

**Д.** *Отрицательные изменения когнитивных процессов и настроения, связанные с имевшим место травматическим событием, возникающие после травматического события или углубившиеся после действия стрессора (два или более признака из ниже перечисленных):*

1. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (вследствие диссоциативной амнезии, признак обычно не связан с такими факторами, как черепно-мозговая травма, употребление алкоголя и других психоактивных веществ).
2. Упорные и преувеличенные негативные убеждения в отношении себя, других и мира или постоянные и преувеличенные негативные ожидания от себя, других и мира (например, «Я — плохой», «Никому нельзя верить». «Весь мир опасен», «Моя нервная система полностью разрушена»).
3. Упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других.
4. Постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд).
5. Заметно сниженный интерес к участию в социальных мероприятиях, либо отказ от участия в социальных мероприятиях.
6. Чувство оторванности или отчуждения от других.
7. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

**Е.** *Заметные изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), что начинается после действия стрессора, либо усиливается после травматического события (два или более признака из ниже перечисленных):*

1. Раздраженное поведение либо вспышки гнева (минимально спровоцированные или без провокации), обычно выраженные в форме вербальной или физической агрессии по отношению к людям или объектам.
2. Безрассудное или аутоагрессивное поведение.
3. Сверхнастороженность.



4. Повышенный рефлекс четверохолмия<sup>1</sup>.
5. Проблемы с концентрацией.
6. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

**F.** *Нарушения (критерии B, C, D и E) продолжаются более одного месяца.*

**G.** *Нарушения вызывают клинически значимый психологический дистресс и снижение социального, профессионального функционирования, а также негативные изменения в других важных сферах функционирования.*

**H.** *Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.*

*Указать, если расстройство сопровождается*

**Диссоциативными симптомами:** Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

- 1. Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени).
- 2. Дерезализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо измененный).

**Примечание:** для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти, поведение в состоянии алкогольной интоксикации) или другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки).

*Указать, если расстройство сопровождается*

**Отсроченным началом.** Если расстройство не соответствует **всем** критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

### **Посттравматическое стрессовое расстройство у детей 6 лет и младше**

**A.** *Дети шести лет и младше сталкиваются с ситуацией смерти или угрожающей жизни, подверженность серьезной физической травме (injury) или сексуальному насилию одним или несколькими из перечисленных способов:*

1. Непосредственная подверженность травматическому событию.
2. Непосредственное зрительное восприятие травмы, переживаемой другими, особенно основными опекунами.

**Примечание.** Зрительное восприятие не включает просмотр событий по электронным медиа, телевидению, просмотр кинофильмов или картинок.

3. Получение информации о том, что травматическое событие произошло с родителем или опекуном.

**B.** *Присутствие одного или более из следующих навязчивых симптомов, ассоциированных с травмирующим событием, которые развиваются после действия стрессора:*

1. Рекуррентные, неконтролируемые и навязчивые дисстрессовые воспоминания о травмирующем событии (событиях).

**Примечание.** Спонтанные и навязчивые воспоминания могут не обязательно производить впечатления дисстрессовых и могут выражаться в игровой форме (отыгрывании).

<sup>1</sup> Рефлекс (обычно вздрагивания) на неожиданный пугающий звук.

2. Рекуррентные дистрессовые сновидения, в которых содержание или аффект соотносятся с травматическим событием (событиями).

**Примечание.** Порой невозможно соотнести пугающее содержание сновидения с травматическим событием.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых ребенок ощущает и/ли ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения). Подобные специфичные травме реконструкции могут происходить во время игры.
4. Интенсивный или продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо или кого-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (травматических событий).
5. Заметные психологические реакции на напоминания о травматическом событии (событиях).

**С.** Должны присутствовать один или более из перечисленных симптомов, отражающих либо упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмирующим событием, либо негативные изменения когнитивных процессов и/ли эмоций, что связано с травматическим событием (событиями). Изменения появляются или становятся более серьезными после события:

**Настойчивое избегание стимулов**

1. Избегание либо попытки избежать действий, мест или физических напоминаний, оживляющих воспоминания о травматическом событии.
2. Избегание либо попытки избежать людей, разговоров или межличностных ситуаций, напоминающих о травматическом событии (событиях).

**Негативные изменения когнитивных процессов**

3. Существенное учащение появления негативных эмоций (например, страха, вины, печали, стыда, смущения).
4. Заметное уменьшение интереса и/ли участия в значимой ранее деятельности, включая сужение игровой активности.
5. Социально отгороженное поведение.
6. Упорное уменьшение выражения позитивных эмоций.

**Д.** Изменения в возбуждении и реактивности, ассоциированные с травматическим событием (событиями), начинаются после действия стрессора, либо усиливаются после травматического события (два или более признака из нижеперечисленных):

1. Раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные), обычно проявляются как вербальная или физическая агрессия по отношению к людям или объектам (включая экстремальные по силе истерические реакции).
2. Сверхнастороженность.
3. Повышенный рефлекс четверохолмия.
4. Проблемы с концентрацией.
5. Нарушения сна (например, трудности с засыпанием, с поддержанием сна, беспокойный сон).

**Е.** Длительность нарушений более одного месяца.

**Ф.** Нарушения причиняют клинически значимый дистресс, и/ли нарушаются отношения с родителями, сиблингами, друзьями, опекунами или ухудшается поведение в школе.

**Г.** Нарушения не относятся к физиологическому эффекту от приема препаратов (алкоголь или наркотики), а также к другим медицинским состояниям.

Указать, если расстройство сопровождается

**Диссоциативными симптомами:** Состояние отвечает критериям посттравматического стрессового расстройства, и, в дополнение, в ответ на действие стрессора, индивидуум переживает упорные или повторяющиеся симптомы из следующих:

1. **Деперсонализация.** Упорное или периодически повторяющееся переживание оторванности от других и чувство, как будто бы наблюдаешь со стороны за собственными психическими процессами или за собственным телом (например, чувство, что все происходит как будто бы во сне, чувство нереальности личности или тела, ощущение замедленного течения времени)
2. **Дереализация.** Постоянное или повторяющееся переживание нереальности окружающего (например, окружающий мир воспринимается как нереальный, напоминающий сновидение, отдаленный либо измененный)

**Примечание:** для использования данного подтипа необходимо исключить физиологический эффект действия препарата (провалы в памяти), а также другое медицинское состояние (например, комплексные парциальные припадки).

*Указать, если расстройство сопровождается*

**Отсроченным началом.** Если расстройство не соответствует **всем** критериям ПТСР в течение как минимум 6 месяцев после травматического события (хотя начало и проявления некоторых из симптомов может быть незамедлительным).

В целом, диагностические критерии ПТСР в формате DSM-V почти повторяют критерии, изложенные в прежней классификационной системе. Отличия включают следующее:

**1. Расстройства, связанные с посттравматическим стрессом, сгруппированы в отдельный кластер и вынесены из рубрики тревожных расстройств.** Интересно, что в МКБ-10 это было сделано раньше, чем в семействе DSM. Можно предположить, что в период существования новой DSM интерес к ПТСР как минимум не уменьшится, и тема останется достаточно актуальной как для проведения научных исследований, так и для спонсоров, выделяющих средства на поддержку пострадавшего в результате ЧС населения. Скорее всего, ПТСР по-прежнему останется одним из наиболее нормативных способов заработка для специалистов в области психического здоровья («money-makers»), что не всегда является полезным для самого пострадавшего населения.

**Следующее наблюдение** суммирует интервью, проведенные с детскими психологами Бишкека, принимавшими участие в данном проекте.

*Сразу же после Ошских погромов одним из влиятельных международных НПО были выделены деньги на организацию летнего лагеря для травмированных детей. По замыслу грантодателей, пострадавшие дети должны были хорошо «отдохнуть и отвлечься» на озере Иссык-Куль. Отбором детей, бесплатно поехавших в летний лагерь, занимались представители местного офиса. Проект был соответствующим образом разрекламирован и поддержан на уровне правительства. Так получилось, что в одном лагере вместе с ребятами, ставшими свидетелями погромов, потерявшими близких и даже побывавшими в плену, оказались вполне благополучные сыновья и дочери чиновников и административных работников разного уровня. Психологическую коррекцию с пострадавшими проводили как приглашенные международные специалисты, нуждавшиеся в местном переводчике, так и детские психологи из Бишкека.*

*Радужные отчеты о проделанной работе, предоставленные грантополучателями, не совсем отражали реальность. Пострадавшие дети скучали по родителям, часто плакали, некоторые кричали по ночам, не давая спать относительно психически здоровым ребятам. У некоторых из группы прежде «благополучных», появились признаки дистресса — нарушения поведения, расстройства сна и плохое настроение.*

*После возвращения из летнего лагеря пострадавшие дети пережили вторичную травматизацию, попав из изолированных от реальности идеальных условий летнего лагеря в разрушенный город. Родители некоторых из прежде здоровых детей были вынуждены обратиться за помощью к детскому психиатру Ошского областного центра психического здоровья.*

Рекомендации при условиях, не требующих немедленной эвакуации, включают нежелательность отрыва детей от родителей после перенесенной психотравмирующей ситуации. Большинство детей, отправленных в летний лагерь, не имели показаний для немедленного перемещения в более спокойную обстановку. Следует учесть, что в это же время на пострадавшей территории были организованы детские площадки — местные летние лагеря, в которых, не отрываясь от семьи и дома, дети занимались творчеством, работали с местными психологами. Родители имели возможность заниматься своими делами, восстанавливали разрушенный погромами быт и улаживали юридические моменты.

Здоровые дети, «отдыхавшие» на Иссык-Куле, превратились в третичных пострадавших, части которых впоследствии потребовалась профессиональная помощь.

**2. Выделены два дополнительных подтипа ПТСР:** «детский» (проанализированный И.В. Добряковым в одной из последующих глав руководства) и подтип с диссоциативными симптомами.

**3. Три основных признака ПТСР превратились в четыре в DSM-V,** прежний критерий С — избегание и эмоциональное оцепенение (*numbing*) разделен на два — С (избегание) и D (негативные изменения в настроении и когнитивных процессах). Указывается, что данное разделение проведено по результатам факторного анализа и постановка диагноза ПТСР должна включать как минимум один из признаков избегания [15].

**4. Бывший критерий А2** (чувство страха, беспомощности и/или ужаса сразу после травмы) был убран из перечня признаков, составляющих А критерий ПТСР. Обоснованием изменения называется тот факт, что критерий А2 не делает процесс постановки диагноза более точным.

**5. Были введены три новых признака:**

а. В критерий D (негативные изменения настроения и когнитивных процессов) добавлен признак «упорные искаженные суждения о причинах и последствиях травматических событий, которые заставляют индивидуума винить себя или других» и «постоянные негативные эмоции (например, страх, гнев, вина, стыд)».

б. В критерий E добавлено «раздраженное поведение или вспышки гнева (после минимальной провокации или ничем не спровоцированные)»

Предполагается, что вышеперечисленные изменения, внесенные в диагностическую категорию ПТСР, приведут к более точной постановке диагноза. Нельзя не отметить, что в новой редакции DSM (и это справедливо не только для ПТСР), упор сделан на поведенческие проявления расстройства, что (на мой взгляд), может еще более дистанцировать от внутренних переживаний пострадавшего.

Ниже приведен перевод диагностических критериев острого стрессового расстройства (*Acute Stress Disorder*) в формате новой DSM-V [4].

| <b>Острое стрессовое расстройство</b>   |                      |
|---|----------------------|
| Диагностические критерии  | <b>308.3 (F43.0)</b> |
| <p><b>A. Столкновение со смертью или с угрожающей жизни ситуацией, переживание серьезной травмы или сексуального насилия в одном или нескольких из перечисленных вариантов:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Непосредственное переживание травматического события.</li> <li>2. Пациент стал свидетелем события, которое произошло с другими.</li> <li>3. Пациент узнал/а, что травматическое событие произошло с близким членом семьи или с близким другом.</li> </ol> |                      |



**Примечание:** в случаях смерти члена семьи или близкого друга или непосредственной угрозы жизни, события должны быть жестокими или быть характеризованы как несчастный случай.

4. Переживание повторных либо экстремальных воздействий отвратительных (*aversive*) деталей травматического события (событий), таких как участие в спасательной команде, собирающей человеческие останки, служба в полиции, связанная с повторным столкновением с подробностями насилия над детьми.

**Примечание:** данный критерий не относится к просмотру электронных медиа, телевидения, фильмов или фотографий, если только просмотр не связан с работой.

**В.** Присутствие девяти (или более) следующих симптомов, относящихся к любой из пяти категорий — симптомами вторжения, негативных эмоций, диссоциации, избегания и возбудимости, которые либо начинаются сразу же после травматического события, либо усиливаются после него.

### Симптомы вторжения

1. Повторяющиеся непроизвольные, навязчивые тягостные воспоминания о травмирующем событии.

**Примечание:** у детей могут отмечаться повторяющиеся игры, в которых отражается тема или отдельные аспекты травматического события (событий).

2. Повторяющиеся дистрессовые сновидения, содержание и/или аффект которых соотносится с травмирующим событием.

**Примечание:** у детей могут отмечаться пугающие сновидения без четко распознаваемого содержания.

3. Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых индивид ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. (Подобные реакции могут отмечаться в рамках континуума, на крайнем полюсе которого находятся полное отсутствие осознания реального окружения).

**Примечание:** у детей повторение травмы может осуществляться в форме, напоминающей игру.

4. Интенсивный либо продолжительный психологический дистресс, либо заметные психологические реакции при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события (событий).

### Негативные эмоции

5. Стойкая неспособность испытывать позитивные эмоции (например, неспособность испытывать счастье, удовлетворение или любовь).

### Диссоциативные симптомы

6. Измененное чувство реальности окружающего или самого себя (восприятие самого себя с иной перспективы, оцепенение, восприятие замедленного течения времени).
7. Невозможность вспомнить важные аспекты травматического события (в результате диссоциативной амнезии, но не воздействия других факторов, таких как черепно-мозговая травма, алкоголь или наркотики).

### Симптомы избегания

8. Попытки избежать дистрессовых воспоминаний, мыслей или чувств о травмирующем событии, либо тесно связанных с травмирующим событием.
9. Избегание либо попытки избежать внешних напоминаний (людей, мест, разговоров, действий, объектов, ситуаций), которые вызывают дистрессовые воспоминания, мысли или чувства о травматическом событии (либо воспоминания, мысли или чувства, тесно ассоциирующиеся с ним).

### Симптомы возбуждения

10. Нарушения сна (трудности с засыпанием, поддержанием сна, беспокойный сон).
11. Раздраженное поведение или вспышки гнева (спровоцированные минимальным стимулом или без провокации), обычно выражаемые в форме вербальной или физической агрессии по отношению к другим.

12. Чрезмерная настороженность.
13. Проблемы с концентрацией.
14. Повышенный рефлекс четверохолмия.

**С.** Длительность нарушений (симптомы из списка В) составляет от 3 дней до 1 месяца после воздействия травмы.

**Примечание:** симптомы обычно появляются непосредственно после травмы, но их присутствие в течение как минимум 3 дней и до 1 месяца необходимо для постановки диагноза.

**Д.** Нарушения вызывают клинически значимый дистресс или нарушения социальной, профессиональной или другой сферы функционирования индивида.

**Е.** Нарушения не вызваны физиологическим эффектом принятого вещества (лекарства или алкоголя) или другим медицинским состоянием (черепно-мозговой травмой) и острый психотический эпизод не служит лучшим объяснением имеющихся признаков.

Критерии острого стрессового расстройства повторяют симптомы ПТСР в DSM-V. Следует отметить, что DSM-V по-прежнему не выделяет категорию острой реакции на стресс (F43.0 в МКБ-10), «которая развивается в течение нескольких минут после воздействия дистрессора и длится до 2–3 дней (обычно в течение нескольких часов)» [1]. Вполне вероятно, что в новой МКБ-11 нормальные реакции на ненормальные ситуации будут выведены из диагностической системы, оставшись только в описании острого стрессового расстройства — категории, которая пока еще не внесена в МКБ.

Описание ПТСР в DSM-V остается по-прежнему линейным и не включает культуральное измерение. Собственно, категорию ПТСР вполне можно считать продуктом западной культуры — репрезентацией западной модели страдания. Нейрофизиологический ответ на интенсивный стресс, как доказал еще Ганс Селье, универсален, но поведенческое обрамление биологических реакций, их интерпретация, связь с традициями и верованиями, использование копинг-стратегий и нормативных для каждой культуры стилей реагирования НЕ может быть одинаковым для, например, жителя Кыргызской Республики и Соединенных Штатов Америки.

*Один из наших коллег — социальный психолог и антрополог, когда-то работавший в Американском Университете в Центральной Азии, решил поучаствовать в проекте создания междисциплинарного он-лайн курса для студентов двух государств — Кыргызской Республики и Афганистана. На одной из первых видео-сессий он заявил, что «большинство жителей Афганистана страдают посттравматическим стрессовым расстройством, и ПТСР в Афганистане может считаться результатом влияния культуры, жестокой и разрушительной по своей природе». Данное, мягко говоря, необдуманное, заявление вызвало оживленную дискуссию среди студентов из Афганистана, потребовавших перечислить диагностические критерии ПТСР. Как и следовало ожидать, никто из присутствующих на занятии не определил у себя признаки ПТСР. Один из студентов-афганцев подвел итоги горячей дискуссии следующим заявлением: «Мы родились и живем в условиях, которые нельзя назвать безопасными. Часть из нас уедут на запад в поисках лучшей судьбы. Сейчас мы другой жизни не знаем. Мы привыкли к тому, что для гражданина США может показаться чрезмерным стрессом, продолжаем жить, любить, создавать семьи и заботиться о родителях. Наша жизнь небезопасна, но привычна. Наверное, уважаемому профессору следовало бы попробовать диагностировать ПТСР у себя».*

Западные шаблоны диагностики и вмешательства, насаждаемые с неокOLONиальным упорством международными экспертами в странах третьего мира (к которым, кстати, сейчас относится и Кыргызская Республика), создают порой ситуации нелепые настолько, что над ними можно было бы посмеяться, если бы не трагический контекст. Так, одна из социальных работников, посетившая Ош в октябре 2010 года, была крайне удивлена тем, что местные профессионалы не захотели использовать модель психосоциальной помощи, разработанной ее коллегами для пострадавших одной африканской страны. С ее точки зрения, отказ от подобной помощи был проявлением черной неблагодарности со стороны местных профессионалов. Другой пример. Представительница влиятельного международного НПО, психолог, диагностировала «суицидальные тенденции» у всех консультируемых в Жалал-Абаде подростков, ориентируясь на невербальные признаки поведения: ни один из подростков не смотрел ей в глаза. Ее отчет, соответственно, отражал крайне высокий уровень травматизации населения города. Уровень травматизации в Жалал-Абаде был действительно высоким, но суицидальные тенденции нельзя было диагностировать только по отсутствию глазного контакта. Дело в том, что в кыргызской культуре не принято смотреть в глаза человеку, который старше тебя по возрасту, а подростки, ставшие невольными клиентами международного эксперта, были много младше нее.

Наша работа с пострадавшими от беспорядков 2010 года позволила определить несколько особенностей острых и хронических расстройств, связанных с действием стрессора у жителей Ошской и Жалал-Абадской области:

- В качестве первой реакции на стресс у **кыргызов** преобладали реакции борьбы у мужчин и двигательной бури у женщин; реакции оцепенения встречались сравнительно редко (примеры приведены в одной из предыдущих глав руководства). У **узбеков**—мужчин мы отмечали все варианты реакций (борьбы — бегства — оцепенения), у узбечек, попавших в поле нашего зрения, отмечались реакции борьбы и оцепенения.

- Признаки дистресса часто соматизировались, при этом создавалось впечатление обострения хронических заболеваний, наблюдавшихся и ранее, поэтому возможность обращения к специалисту в области психического здоровья даже не рассматривалась как возможный вариант получения помощи;

- В том случае, если ухудшение соматического состояния или появившиеся симптомы недомогания все-таки связывались с перенесенным дистрессом, ответственность за их появление возлагалась на представителей другого этноса («это из-за кыргызов» или «это из-за узбеков»).

- Основным адресом обращения за помощью до сих пор остаются народные целители и/или религиозные деятели — молдо, которые оказываются порой гораздо более полезными, чем социальные работники и психологи из дальнего зарубежья.

### **Наблюдение**

*Одна из наших молодых коллег — кыргызка, проживающая в городе Ош и ставшая свидетельницей многочисленных смертей соседей, хорошо владеющая русским языком, как-то поделилась своими переживаниями в перерыве одного из многочисленных тренингов:*

*«Я знаю, что нуждаюсь в помощи, но не знаю, как мне разговаривать со всеми этими чужими психологами. Этот американец сказал мне, что я больна после перенесенного стресса. Я знаю, что не болею, мне просто тяжело и плохо. Он продолжает расспрашивать меня о том, что я чувствовала во время погромов, но мне неловко, когда я рассказываю другим о том, что чувствую. Он предложил*

мне принимать таблетки, но я не хочу. В субботу я пошла к бубу («знающая», «целительница»), которая успокоила меня и указала на тех, кому я очень нужна и про которых забыла — на мужа и детей. Еще она сказала, что я должна принести жертву и помочь другим — моим соседям, которым еще более тяжело. Почти каждая семья потеряла кого-то из близких, но нашей семье удалось пережить этот кошмар».

Народная целительница, принадлежащая к той же культуре, что и героиня нашего наблюдения, оказалась гораздо более присоединенной к клиентке, понимающей и, в окончательном итоге, полезной, чем представитель культуры Запада, обученный западным моделям помощи пострадавшим, имевший весьма смутное представление о культурально-обусловленных моделях поведения азиатской женщины.

– Случаи, когда состояние пациента соответствовало всем критериям ПТСР, перечисленным в МКБ-10, были довольно редкими и диагностировались либо у людей с западной моделью образования, либо у военнослужащих. У гражданских лиц часто отмечались диссоциативные симптомы и признаки соматизации аффекта.

### **Наблюдение**

Служебная командировка М.П., мужчины 34 лет, врача-эпидемиолога, по времени пришлась на начало июня и совпала с Ошскими событиями. Пациент стал свидетелем убийств и поджогов. Он попытался убежать из города вместе с другими пострадавшими. Паникующих остановили вооруженные автоматами люди в масках. Бандиты облили одного из толпы бензином и подожгли его. М.П. бросился тушить горящего человека, но был остановлен одним из нападавших, который пригрозил М.П., что тот может стать следующим. В течение пяти часов люди, пытавшиеся покинуть город, находились в заложниках. К счастью, никто из них больше не пострадал, по крайней мере, физически. М.П. смог вернуться домой спустя два дня после описанных событий. Дома, в спокойной и безопасной обстановке, он смог расслабиться и отдохнуть. Однако, через 3 месяца после пережитого, у М.П. появились кошмарные сновидения, отражавшие характер перенесенной травмы: ему снилось, как его обливают бензином и поджигают. Стал избегать мест, где пахло бензином, даже перестал водить машину, испытывал постоянное внутреннее напряжение и страх за свою жизнь. Самостоятельно поставил себе диагноз ПТСР, используя ресурсы Интернета, и обратился за профессиональной помощью.

Врач-эпидемиолог был выпускником Кыргызской Государственной Медицинской Академии, ориентированным на медицинские модели объяснения симптомов. При появлении признаков расстройства у себя, он обратился к информационным источникам, а не к народному целителю.

### **Наблюдение**

В ночь, когда начался военный конфликт в городе Ош, Алмаз находился в доме со своей семьей — матерью, женой и тремя детьми. Алмаз не помнил ничего из произошедшего, не помнил, как оказался в городе Бишкек в отделении Республиканской больницы, не знал, что произошло с его семьей, и как он смог преодолеть расстояние в 720 км, отделяющее Ош от Бишкека. Как стало известно позже, в ночь конфликта, когда все члены его семьи были в тревоге, он пошел в гараж, сел в автомобиль и уехал в неизвестном направлении. Три дня спустя его семья смогла узнать, что он в Бишкеке. Через несколько дней после благополучного воссоединения с семьей, Алмаз стал жаловаться на боли в области сердца, а также перебои в сердечной деятельности. Многократные обследования у кардиологов и врачей других специальностей — невропатологов и вертебрологов,



*не выявили соматической патологии. За психотерапевтической помощью Алмаз обратился месяц спустя, после посещения народного целителя и мусульманского священника — молдо, которые уверили пациента, что «очистили его».*

Наблюдение иллюстрирует типичное для жителей КР течение острого стрессового расстройства, диссоциативного подтипа с соматизацией аффекта, если бы подобная категория была включена в МКБ-10. Диагноз острой реакции на стресс в данном случае был валиден в течение первых двух—трех суток после травмирующей ситуации. Несмотря на то, что состояние Алмаза не соответствовало всем критериям, пациенту был выставлен диагноз ПТСР.

Представляется, что до введения категории ПТСР в психиатрический лексикон (до 1990 года в Кыргызской Республики), состояние Алмаза вполне могло бы быть диагностировано как истерический невроз с ипохондрическими включениями, а случай М.П. — как тревожно-фобический невроз. Мир понятий и мир вещей взаимозависимы. Определение существования какого-либо психического расстройства при помощи введения диагностической категории необходимо приводит к ее использованию даже в тех случаях, когда вполне можно без этого обойтись. Не стоит, как нам кажется, упускать из внимания и правовой оттенок диагностики посттравматического стрессового расстройства — ярлык ПТСР превращает человека в пострадавшего и автоматически повышает вероятность быстрого формирования вторичной выгоды от болезни.

Странный гений Сократ был убежден, что возникновение письменности нанесло ущерб самостоятельности мышления. «Люди, научившись читать чужие мысли, разучились думать, перестали быть мудрыми и стали «мнимомудрыми» [3]. Он считал, что распространение написанных текстов обеспечило утверждение одномерного (линейного) мышления и «книжных» религий, апеллирующих к слепой вере и подчинению власти.

Ни в коем случае не умаляя социальной, правовой и профессиональной значимости диагностической категории ПТСР, мы все-таки ратуем за более комплексный, многомерный подход к оценке и оказанию помощи после ЧС, при необходимости выходящий за рамки клинических протоколов и диагностических рекомендаций психиатрических Библий.

### **Литература**

1. Всемирная Организация Здравоохранения. Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра. – 1990.
2. Назаретян А.П. Антропология насилия и культура самоорганизации. Очерки по эволюционно-исторической психологии. – М.: УРСС. – 2008. – 350 с.
3. Платон. Федр // Платон. Сочинения: в 3 т. – М: Мысль, 1970. – Т. 2. – С. 216–217.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). – Washington, DC: Author, 2000.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. – 2013.
6. Functional Connectivity of Dissociative Responses in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation / R.A. Lanius, P.C. Williamson, R.L. Bluhm [et al.] // Biol Psychiatry. – 2005. – № 57. – P. 873–884.
7. Gross J.J. Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology // Journal of Personality and Social Psychology. – 1998. – № 74. – P. 224–237.
8. Is PTSD caused by traumatic stress? / J.A. Bodkin, H.G. Pope, M.J. Detke [et al.] // Anx Dis. – 2007. – № 21. – P. 176–182.

9. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis / E.J. Ozer, S.R. Best, T.L. Lipsey [et al.] // Psychol Bull. – 2003. – № 129. – P. 52–73.
10. Rosen G.M. Traumatic events, criterion creep, and the creation of pretraumatic stress disorder // Sci Rev Ment Health Pract. – 2004. – № 3. – P. 46–47.
11. Scheeringa M.S., Zeanah C.H., Cohen J.A. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm // Depression and Anxiety. – 2011. – № 28. – P. 770–782. doi:10.1002/da20736
12. Simons D., Silveira W.R. Post-traumatic stress disorder in children after television programmes // BMJ. – 1994. – № 308. – P. 389–390.
13. Spitzer R.L., First M.B., Wakefield J.C. Saving PTSD from itself in DSM-V // J Anx Dis. – 2007. – № 21. – P. 233–241.
14. Summerfield D. Cross-cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering // Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies / edit. by G.M. Rosen. – Chichester, England: John Wiley & Sons. – 2004. – P. 233–244.
15. Traumatic and socially stressful events among persons with social anxiety disorder / B.A. Erwin, R.G. Heimberg, B.P. Marx [et al.] // J Anx Dis. – 2006. – № 20. – P. 896–914.

## Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder in DSM-V: changes and challenges

**Molchanova E.S.**

*Molchanova Elena Sergeevna*

*Candidate of Medical Sciences, Associate professor in American University in Central Asia; Abdymomunov St., 205, Bishkek, Kyrgyzstan. Phone: +996 (312) 66-33-09;*

*Associate professor in Slavonic University in Kyrgyz Republic, scientific consultant of the Kyrgyz Psychiatric Association, and a research fellow of Consortium for Multicultural Psychology Research of Michigan State University, USA.*

*E-mail: emolchanova2009@gmail.com*

*Copyright ©: E.S. Molchanova*

**Abstract.** Background: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is very useful for professional purposes. However, it is still one of the most disputable nosological categories in ICD-10 and DSM-IV-TR. A new classification of mental disorders – DSM-5 – was published on May 2013 and introduces a number of changes that are designed to facilitate PTSD and Acute Stress Disorder (ASD) diagnoses. This work is intended for comparison of PTSD and ASD descriptions in the former version and in the superseding American classification of mental disorders, and aimed at the analysis of possible challenges in application of upgraded diagnostic criteria. Method: For demonstration purposes of the differences between prior and new descriptions of diagnostic categories a simple comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 texts is used. The article provides a Russian translation of DSM-5 criteria of PTSD and ASD. In order to give a practical example of application of updated PTSD criteria a case analysis method is used. Results: Overall the DSM-5 diagnostic criteria for PTSD almost replicate criteria described in the previous classification system. The major differences include the following: (1) Posttraumatic stress-related disorders are now included in a separate category and were eliminated from the section titled "anxiety disorders"; (2) Two additional subtypes of PTSD were named: PTSD in preschool children, and PTSD with dissociative symptoms. (3) Additional changes were made in the list of diagnostic criteria with the purpose of making the process of PTSD and ASD diagnosis easier, increasing validity of the diagnoses, enhancing symptom detection, and lowering diagnostic threshold. Clinical examples provided in the article still demonstrate unidimensional, western-oriented approach to the diagnosis of posttraumatic stress-related mental disorders. New DSM edition emphasizes behavioral manifestations of disorders, which can distance a psychiatrist from the inner experiences of the patient even more. Cases when a patient's condition met all the criteria

required for PTSD diagnosis are quite rare and are found either among those individuals who acquired western education, or in military personnel. Conclusion: PTSD still seems a convenient amalgam of mental disorders evoked by extreme trauma. An integrated, multidimensional approach to assessment and treatment of individuals in emergency hardship situations that exceeds the limits of clinical protocols is needed.

**Key words:** Posttraumatic Stress Disorder; Acute Stress Disorder; classification of mental disorders; case analysis.

**For citation**

Molchanova E.S. Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder in DSM-V: changes and challenges. *Med. psihol. Ross.*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 2. doi:10.24411/2219-8245-2014-00006 [in Russian, in English].

*Received: November 1, 2013*

*Accepted: December 6, 2013*

*Publisher: January 15, 2014*

The construct of Posttraumatic Stress Disorder despite all its conveniences still raises strong doubts about appropriateness of its use [9]. During one of the congresses of the World Psychiatric Association a leader of an authoritative division evoked a burst of indignation of the audience, saying that "PTSD is nothing but the convenient amalgam of mental disorders caused by extreme trauma". The speaker's statement reflected my opinion as well; hence this stormy emotional reaction of the audience that for the most part consisted of psychiatrists — specialists on psychological trauma, was not quite clear for me.

Posttraumatic Stress Disorder in ICD-10 and DSM-IV contradicts the anosognostic approach [1; 4; 15], embraced by these classifications, since its etiology is defined and even outlined as the major criterion (criterion A in DSM). PTSD scarcely can be called a separate nosologic unit, and it is easily overdiagnosed when a person's anamnesis includes endured distress [12]. Moreover, frequent use of this category pathologizes normal human reactions to loss, and, finally, as every ill-defined construct, PTSD is interpreted differently depending on the author and on his/her inclination towards a particular psychological school. Numerous studies [3; 9; 10; 12; 13] outlined recommendations for treatment of PTSD related to dental visits and aversive dental experiences (*post-traumatic dental care anxiety*), abortion (*post-traumatic abortion syndrome*), feelings of injustice and embitterment (*post-traumatic embitterment disorder*) and PTSD resulting from watching media. Therefore, criterion A — the first criterion of PTSD in the previous classification — was found to be invalid, since the same set of symptoms could develop as a result of "objectively" not quite disastrous events, which, however, were experienced individually as catastrophes that disturb normal functioning of both children and adults.

Previously, in DSM-IV, Posttraumatic Stress Disorder was classified as an anxiety disorder, which seemed reasonable from the neurophysiological perspective. Indeed, abnormalities of amygdalae bodies, hippocampus and limbic cortex were detected in patients with PTSD. Furthermore, patients whose PTSD diagnoses were verified, demonstrated formation of a short response to a threatening stimulus that did not affect the cortex [5; 6], which, apropos, is typical of specific phobia. From this point of view a classic case of little Albert who was conditioned to fear white reds may be considered as PTSD in a child younger than 6 years, and moreover, it is possible to detect manifestation of all the necessary criteria of this disorder. Unfortunately, Watson's experiment (1920) took place 60 years earlier than PTSD category was introduced into psychiatric thesaurus, and the lack of attention to psychological trauma made this cruel case study possible. Apart from a phenomenological likeness of PTSD to other disorders, especially to dissociative and anxiety disorders, there is a whole number of issues related to this diagnostic category. One of them is ethical and

social and consists in transformation of PTSD into money-maker — a source of income for numerous organizations. This phenomenon illustrates a philosophical notion of unity and conflict of opposites (Profiting from Tragedy). An example of the *Poverty Reduction Strategy Program (PRSP)* that allegedly struggled against child poverty immediately strikes my mind: during the period of its active functioning in Bishkek this organization gave state receptions in expensive restaurants spending amounts of money enough for satisfying basic needs of thousands of children.

Despite the skepticism related to this diagnostic category, the "grant rush" based on sufferings, and sales of programs, funds, medications etc., it must be admitted that a clear definition of trauma as the major etiological factor causing a particular disorder, managed to call attention of "the powers that be" to mental health issues, which, in some way exist in any, even relatively developed country. The universally received opinion about the increase in violence in the modern world (which, as shown by Nazaretyan, does not correspond to the historical facts [8]), transforms emergency psychiatry into one of the most popular and, undoubtedly, opportune branch of mental health sciences. An obvious case is the publication of this handbook, which would be impossible without tragic events of 2010.

In DSM-5 [1] Acute Stress Disorder as well as Posttraumatic Stress Disorder was removed from the group of anxiety disorders to a new section titled "Trauma- and Stressor-Related Disorders". Apart from that, in addition to the "adult version" of PTSD, separate criteria have been added for children age six years or younger.

Overall, the diagnostic criteria for PTSD stipulated in the DSM-5 almost replicate those formulated in the previous version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The major differences include the following:

**1. Posttraumatic stress-related disorders are now grouped into a separate category and were removed from the "anxiety disorders" section.** Interestingly, it had been done by ICD-10 earlier than in the DSM classification system. It is reasonable to assume that since the moment of DSM-5 release, interest in PTSD, at the very least, has not decreased. This topic is still urgent enough and attracts attention of both researchers and grantors, who donate funds to help victims of disaster. Most probably PTSD will remain one of the most normative (Normative = regulatory. Maybe socially desirable? Excusable? Conventional? Generally acceptable? I don't clearly see what you mean) ways to make money for mental health professionals, which is not necessarily beneficial for the aggrieved population itself.

**The next observation** sums up the interviews conducted with child psychologists of Bishkek, who participated in this project.

*Right after the Osh massacre one of the influential international NGO granted money for creation of the summer camp for traumatized children. According to the project of grantors, traumatized children were supposed to "distract their minds from their sorrows and have a good time" at the Issyk-Kul shore. Selection of children who had the luck to go to the summer camp for free was performed by the representatives of the local branch office of this organization. The project was supported and advertized accordingly by the government. It turned out that children, who witnessed massacres, lost their family members and even were held captive, got in one camp with quite problem-free children from prosperous families of all sorts of officials and functionaries. Psychological correction and psychotherapy were conducted by both invited international experts, who needed a local interpreter, and child psychologists from Bishkek.*

*Rosy progress reports presented by the grantees did not quite reflected reality. Aggrieved children missed their parents and often cried. Moreover, some of them were screaming at nights disturbing other, relatively healthy children. As a result, some previously healthy children started manifesting signs of distress: bad mood, behavioral and sleep disturbances.*



*Upon arrival from the summer camp aggrieved children endured secondary traumatization finding themselves in a ravaged city, rather than in the ideal camp conditions isolated from reality. Parents of some of the previously healthy children had to consult a child psychiatrist in the Osh Regional Center of Mental Health.*

Recommendations for working in conditions under which an immediate evacuation is not necessary state that separation of children from parents after traumatizing events is undesirable. Majority of children sent to the summer camp were not given an indication for an immediate moving to a safer or quieter place. It should be taken into consideration that simultaneously with afore-mentioned initiative various local summer camps and playgrounds for children were organized. Therefore, children could engage in creative work and receive psychological treatment without being detached from their homes and families. Parents were enabled to do their businesses, restore their household destroyed by mass disturbances and take care of legal issues.

Mentally healthy children who "were having a good time" at the Issyk-Kul shore became tertiary traumatized, and, subsequently, sought for professional help.

**2. Two additional subtypes of PTSD were named:** PTSD in children and PTSD subtype with dissociative symptoms.

**3. Three major PTSD symptom clusters are now four in DSM-5.** Traditional criterion C (avoidance symptoms) is now divided into a cluster of numbing symptoms (Criterion C) and a cluster of behavioral avoidance symptoms (Criterion D). It is specified that this differentiation is made basing on the results of factor analytic research, and PTSD diagnosis must include at least one of the avoidance symptoms [14].

**4. Former criterion A2** (subjective reaction) has been eliminated from the list of symptoms that previously comprised criterion A. The fact that criterion A does not add to the accuracy of the diagnosis serves as the substantiation of the change.

**5. Three new symptoms have been added:**

a. Two in criterion D (negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event) that are formulated as follows "persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others" and "persistent negative emotional state (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame)".

b. And one in criterion E "Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation)".

It is presumed that afore-listed changes that were introduced in the list of diagnostic criteria will lead to more accurate diagnosis. It should be noted, that in the new edition of DSM (and this is true of all disorders, not PTSD only) the emphasis is put on behavioral manifestations of disorders, which, in my opinion, can distance a psychiatrist from the inner experiences of the patient even more.

Translation of the diagnostic criteria for Acute Stress Disorder, stipulated in new edition of DSM [1] is given in the Russian version of the article.

The diagnostic criteria for Acute Stress Disorder replicate PTSD symptoms described in DSM-5. It should be noted that DSM-5 still does not single out Acute Stress Reaction category (F43.0 in ICD-10), "which usually appear within minutes of the impact of the stressful stimulus or event, and disappear within 2–3 days (often within hours) [15]. Probably in new ICD-11 normal reactions on abnormal situations will be eliminated from the diagnostic system, and will be available in the ASD description only — a category that has not been incorporated into ICD yet.

DSM-5 description of PTSD is still unidimensional, and does not embody cultural dimension. As a matter of fact, PTSD category may be considered a product of western culture and representation of a western model of suffering. As it was proven by Hans Selye, neurophysiological response to intensive stress is universal, but behavioral fringe of biological reactions, its interpretation, relationship to traditions and beliefs, use of coping-strategies as well as the manners of responses typical of each particular culture cannot be identical. For instance, a behavioral reaction of an inhabitant of the Kyrgyz Republic may drastically differ from a response of a resident of the United States of America.

*One of our colleagues — a social psychologist and anthropologist, who used to work in American University of Central Asia — participated in the development of the interdisciplinary online course for students from two countries: the Kyrgyz Republic and Afghanistan. During one of the first video sessions he declared that "most people of Afghanistan suffer from Posttraumatic Stress Disorder, and PTSD in this country can be considered as a result of cultural influence, cruel and destructive by nature". This thoughtless statement, to say the least of it, gave rise to a boisterous discussion among Afghan students, who demanded to list the diagnostic criteria of PTSD. As would be expected, nobody of the students present during the class recognized PTSD symptoms in themselves. One of the Afghan students summarized this heated dispute saying "We were born and we live under conditions that cannot be called safe. Some of us will move to some western countries in search of a fortune. At this moment we are not aware that life can be different. We are used to things that would seem overwhelming and stressful for a citizen of the USA, but we continue to live, love, make families and take care of our parents. Our life is unsafe, but customary. Perhaps, our esteemed professor rather should have tried to diagnose himself with PTSD".*

Western diagnostic and interventional templates, instilled into third-world countries (and, incidentally, the Kyrgyz Republic is rated as one of them) by international experts with neocolonial persistence, at times lead to ridiculous situations that would even deserve mockery if they would take place in less tragic context. Thus, a social worker who visited Osh in October 2010 was extremely surprised by the fact that local specialists refused to apply a model of psychosocial intervention developed by her colleagues for victims in one of the African countries. From her perspective, rejecting such offer local mental health professionals displayed terrible ingratitude.

### Observation

*A representative of an authoritative international NGO, who holds a position of psychologists in this organization, diagnosed all adolescents she consulted in Jalal-Abad with "suicidal tendencies". She was guided by their nonverbal behavior — none of the teenagers was maintaining eye contact during the sessions. Accordingly, her report on the work done reflected an extremely high level of traumatization among Jalal-Abad populace. Indeed, the level of traumatization was high, but it was impossible to diagnose suicidal tendencies solely on the grounds of the absence of eye contact. The point is that it is considered inappropriate in Kyrgyz culture to look older people in the eyes, and adolescents who involuntarily became clients of this psychologist were much younger than her.*

Our work with massacre victims in Osh and Jalal-Abad regions allowed us to identify a few peculiarities of acute and chronic disorders related to the impact of stressors:

- As a primary reaction on stress in **Kyrgyz people**: fight reaction were prevalent among men, while movement storm predominated among women. Numbing occurred fairly rarely (examples are provided in one of the previous chapters of the handbook). All types of reactions (fight-flight-numbing) were found among **Uzbek** men, while among Uzbek women fight responses and numbing were prevalent.

- Signs of distress were often somatized, which was perceived as exacerbation of chronic illnesses observed formerly. Hence, an option of consulting a mental health professional was not even considered.
- In cases when a victim linked his/her worsening of somatic condition to endured distress, the blame was ascribed to representatives of the other ethnos ("it is all Uzbeks' fault, or it is all because of Kyrgyz people").
- Folk healers and/or religious figures (moldos) still remain the major source of help. Surprisingly enough, their services turn out to be more helpful than those of social workers and psychologists from the far abroad.

### **Observation**

*One of our young colleagues — a Kyrgyz woman that lives in Osh city, who witnessed many deaths of her neighbors, and has a good command of Russian — once shared her experiences during the break of one of the numerous trainings:*

*"I know I need help, but I don't know how to communicate with all these alien psychologists. One American told me that I'm ill because of the distress that I've endured. I know I am not ill; I am just feeling unwell and have a heavy heart. He keeps making inquiries about my feelings during the massacre, but I feel uncomfortable telling others about my experiences. He offered me pills, but I don't want to take them. I went to bubu ("knowledgeable", "a healer") on Saturday who calmed me down and reminded me of those who need me, and whom I ignored — my husband and children. She also told me that I should make a sacrifice and help others — my neighbors, who are having a harder time. Almost every family lost close people, but my family managed to survive this nightmare."*

The folk healer who belonged to the same culture as the object of our case study turned out to be more understanding, empathetic, and, as a result, more helpful than a representative of the Western culture. A psychologist, who was taught western models of intervention, had quite a vague idea about culturally-determined behavioral models of Asian women.

- Cases when a patient's condition met all ICD-10 criteria for PTSD were quite rare and were found either among those individuals who acquired western education, or in military personnel. Among civilians dissociative symptoms and signs of somatization were prevalent.

### **Observation**

*Business trip of M.P., a 34 years old man working as epidemiologist, took place in the beginning of June and concurred with Osh massacres. The patient witnessed homicides and arsons. He made an attempt to escape from the city with other victims, but the group was detained by armed people wearing black masks. Gunmen threw gas on someone from the group and burned this person alive. M.P. rushed to help, trying to put out fire, but was stopped by one of the gunmen, who threatened him saying that he will suffer the same fate. People that formerly tried to escape were in captivity for five hours. Fortunately, nobody else suffered, at least, physically. M.P. managed to return back home two days later. He had some rest and felt relaxed while being at home, in safe and calm environment. However, 3 months later he started having recurrent distressing dreams the content of which reflected the nature of the trauma: he dreamed that gunmen throw gas on him and set him on fire. He began avoiding places that smelled of gasoline, did not drive car anymore, and experienced constant tension and fear for his life. He independently diagnosed himself with PTSD basing his judgments on different web-sources and turned to a professional for help.*

Epidemiologist is a Kyrgyz National Medical Academy graduate and was familiar with the medical models of mental disorders. Therefore, he sought for professional help, rather than for folk healers' services.

### Observation

*That night when military conflict in Osh city has begun, Almaz was at home with his family — his mother, wife, and three children. Almaz remembered nothing about the events of that night: neither could he recollect how he got to the National Hospital in Bishkek after covering 720 km., nor he knew what happened to his family. Later it was found out that he simply went to the garage, got to his car and drove away in unknown direction, leaving his alarmed family at home. Only three days later his family was informed that he is in Bishkek. A few days after a happy reunion, Almaz started complaining of cardiodynia and arrhythmia. Neither multiple cardiac examinations, nor medical examinations performed by neurologists and other physicians detected somatic pathologies. Almaz turned for psychotherapeutic help a month after he visited both a folk healer and a Muslim priest — moldo, who assured him that he is cleansed now.*

This observation illustrates a course of Acute Stress Disorder with dissociative symptoms and somatization, typical for the population of the Kyrgyz Republic, but such category simply does not exist in ICD-10. Diagnosis of acute stress reaction in this case was valid during the first two-three days after a traumatic situation. Despite the fact that Almaz's condition did not meet all required criteria, a patient was diagnosed with PTSD.

It seems that prior to the introduction of PTSD category in psychiatric nosology (in the Kyrgyz Republic it has been done in 1990), Almaz could be diagnosed as a person experiencing hysterical neurosis with hypochondriac symptoms, while M.P.'s case — would be considered as a person with anxious-phobic neurosis.

The conceptual world and the material world are interrelated. Determination of existence of any mental disorder by means of introduction of a particular diagnostic category inevitably leads to its usage even in those cases, when it is unnecessary. In our opinion we also should not lose sight of legal nuances of PTSD diagnosis — this label turns a person into a victim and involuntarily increases probability that individual will derive secondary gain from disorder.

A strange genius, Socrates, was convinced that the emergence of writing is detrimental to independent thinking. "They will be hearers of many things and will have learned nothing; they will appear to be omniscient and will generally know nothing; they will be tiresome company, having the show of wisdom without the reality" [4, p. 276]. He considered that the spread of the written word ensured supremacy of unidimensional (linear) thinking and religions based on dominant, static ideas that appeal to blind belief and submission to power.

We are by no means trying to belittle social, legal and professional importance of PTSD diagnostic category. However, we stand up for more complex and multidimensional approach to assessment, diagnosis and emergency intervention, which, if necessary, should exceed the limits of clinical protocols and diagnostic recommendations of psychiatric Bibles.

### References

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author, 2000.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.



3. Bodkin J.A., Pope H.G., Detke M.J., Hudson J.I. Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anx Dis*, 2007, no. 21, pp. 176–182.
4. *Dialogues of Plato, Phaedrus* (trans. Benjamin Jowett). Oxford University Press, 1892, pp. 275–277.
5. Erwin B.A., Heimberg R.G., Marx B.P., Franklin M.E. Traumatic and socially stressful events among persons with social anxiety disorder. *J Anx Dis*, 2006, no. 20, pp. 896–914.
6. Gross J.J. Antecedent and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1998, no. 74, pp. 224–237.
7. Lanius R.A., Williamson P.C., Bluhm R.L., Densmore M., Boksman K., Neufeld R.W.J., Gati J.S., Menon R.S. Functional Connectivity of Dissociative Responses in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation. *Biol Psychiatry*, 2005, no. 57, pp. 873–884.
8. Nazaretyan A.P. *Antropologiya nasiliya i kul'tura samoorganizatsii. Ocherki po evolyutsionno-istoricheskoi psikhologii* [Anthropology of violence and culture of self-organization. Sketches on evolutionary-historical psychology]. Moscow: URSS Publ., 2008. 350 p.
9. Ozer E.J., Best S.R., Lipsey T.L., Weiss D.S. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 2003, no. 129, pp. 52–73.
10. Rosen G.M. Traumatic events, criterion creep, and the creation of pretraumatic stress disorder. *Sci Rev Ment Health Pract*, 2004, no. 3, pp. 46–47.
11. Scheeringa M.S., Zeanah C.H., Cohen J.A. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 2011, no. 28, pp. 770–782. doi:10.1002/da20736
12. Simons D., Silveira W.R. Post-traumatic stress disorder in children after television programmes. *BMJ*, 1994, no. 308, pp. 389–390.
13. Spitzer R.L., First M.B., Wakefield J.C. Saving PTSD from itself in DSM–V. *J Anx Dis*, 2007, no. 21, pp. 233–241.
14. Summerfield D. *Cross-cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering*. In G.M. Rosen (Ed.) *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Chichester, England: John Wiley & Sons, 2004, pp. 233–244.
15. The World Health Organization. *International Classification of Diseases 10th revision*. 1990.