

Лазаренко Максим Витальевич

студент

Бачуринская Дарья Анатольевна

студентка

Ковалёва Дина Петровна

старший преподаватель

Ишкова Екатерина Валерьевна

канд. психол. наук, преподаватель

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»

г. Краснодар, Краснодарский край

DOI 10.31483/r-152056

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО В РОССИЙСКИХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

***Аннотация:** в статье представлен сравнительный анализ диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в принятых в России (МКБ-10, МКБ-11) и международных (DSM-3, DSM-4, DSM-5) классификациях. Рассмотрены ключевые различия в подходах к определению ПТСР, включая требования к латентному периоду, выделение этапов течения, особенности симптоматики и методологические расхождения. Особое внимание уделено изменениям в DSM-5 (введение новых кластеров симптомов, диссоциативного подтипа) и МКБ-11 (включение категории «комплексное ПТСР», пересмотр критериев адаптационных расстройств). Подчёркнута актуальность исследования в контексте роста распространённости ПТСР (3,6% населения мира) и необходимости унификации диагностических практик.*

***Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, МКБ-11, DSM-5, диагностические критерии, сравнительный анализ, классификация психических расстройств, травматический стресс, острое стрессовое расстройство, психогенные реакции, нозология.*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это тяжелое состояние, которое развивается у человека после переживания крайне опасных событий, таких как войны, катастрофы, насилие или ситуации, напрямую угрожавшие жизни. Оно проявляется не сразу, а спустя время, и связано с глубоким потрясением психики. Хотя реакция на травму во многом зависит от индивидуальных особенностей – например, от того, насколько человек умеет справляться со сложностями, имеет поддержку окружающих или сталкивался с подобным опытом раньше – ПТСР может возникнуть даже у тех, кто ранее не имел проблем с психическим здоровьем. Это подтверждается в исследовании Ю.В. Гареевой и О.И. Политики, подчеркивающих, что подобные травмы способны серьезно повлиять на любого человека, независимо от его внутренних ресурсов [1, с. 965].

Само понятие появилось в 1980 году с выходом третьего издания «Диагностического и статистического справочника по психическим заболеваниям» (DSM-III) [2, с. 15; 3, с. 27].

В.К. Кемелова отмечает, что оно было официально признано в международной психиатрической практике: сначала в американском руководстве DSM, а с 1994 года – в МКБ-10 под кодом F43.1. Согласно этим классификациям, ПТСР развивается после событий, выходящих за пределы обычного человеческого опыта, и затрагивает не только тех, кто непосредственно пострадал, но и очевидцев. Важно, что диагноз ставится при наличии специфических симптомов, таких как навязчивые воспоминания, избегание травмирующих триггеров и повышенная тревожность, которые сохраняются длительное время после пережитого [3, с. 27–28].

Подробный анализ изменений, произошедших при переходе с DSM-4 на DSM-5, представлен в работе Молчановой Е.С. [6].

Актуальность развития науки в обсуждаемом направлении обуславливается тем, что по оценкам ВОЗ на 2023 год, около 3,6% населения мира страдает от ПТСР в какой-либо момент своей жизни [4, с. 586].

Международная классификация болезней (МКБ), разработанная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), несмотря на экзогенное происхождение, обладает статусом официально принятой нозологической системы в Российской

Федерации. В противоположность этому, Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM), длительное время оставшееся без официального русскоязычного перевода, не находило применения в отечественной научной практике. Современный этап характеризуется активным внедрением DSM-5 в систему клинического образования и научных исследований, однако сохраняется терминологическое и методологическое разграничение между двумя системами классификации, что находит отражение в дискуссиях о критериях диагностики психических расстройств. Для выявления различий сравнительный анализ российских и зарубежных подходов отображен в таблице 1.

Таблица 1

Особенности подходов к исследованию ПТСР

Критерии	Российские исследования, МКБ 10	Зарубежные исследования, DSM-3, DSM-4
Частота проявления	Согласно исследованиям, посттравматическое стрессовое расстройство встречается у 1–15% населения. Однако в регионах, где часто происходят катастрофы, войны или другие травмирующие события, этот показатель может резко возрастать – вплоть до 48–80% [3, с. 28]	Согласно исследованиям американских специалистов, средний уровень распространённости ПТСР среди населения оценивается в 8–9% [3, с. 28]
Диагностические особенности	Согласно МКБ-10, для диагностики посттравматического стрессового расстройства требуется обязательный «скрытый период» – время между травмой и проявлением симптомов. В отличие от стандарта DSM, здесь не разделяют острую и хроническую фазы болезни, а также не учитывают нарушение социальной адаптации как ключевой признак. Отношение к острому стрессовому расстройству (ОСР) в DSM-IV остаётся неоднозначным: если симптомы	Согласно DSM-III (1980), для диагностики посттравматического стрессового расстройства требовалось четыре условия: 1. наличие травмирующего события; 2. повторяющиеся воспоминания или кошмары о нем; 3. эмоциональное отдаление от окружающих; 4. новые симптомы, например, проблемы со сном или раздражительность. Диагноз ставили, если подтверждалось травмирующее событие, плюс хотя бы по одному симптому из пунктов 2 и 3, и два симптома из пункта 4. Этот подход ценили за простоту

	сохраняются долго, это уже не кратковременная реакция на стресс, а формирование устойчивого нарушения, что отмечает З.И. Кекелидзе. Интересно, что в 37% случаев диагноз ПТСР, поставленный по критериям МКБ-10, не находил подтверждения при перепроверке с использованием DSM [5, с. 63]. В МКБ-10 ПТСР четко связывают с внешними причинами – например, с тяжелыми событиями, которые пережил человек. Однако в этой классификации практически не описано, как именно развивается болезнь: нет информации о стадиях, длительности симптомов или изменениях состояния со временем [5, с 66]	и четкую связь с клиническими проявлениями. В обновленной версии DSM-III-R (1987) требования усложнились: вместо 4 симптомов стало 7, добавили условие длительности (расстройство должно длиться не меньше месяца), а также уточнили, как ПТСР проявляется у детей. Следующая версия, DSM-IV (1994), впервые ввела понятие «острого стрессового расстройства» – ранней стадии ПТСР. Здесь разделили течение болезни на три типа: - острое (симптомы до 3 месяцев); - хроническое (дольше 3 месяцев); - с отсроченным началом (признаки появляются через полгода после травмы). Все стрессовые расстройства стали рассматривать как последовательные этапы: сначала ОСТР, затем острое ПТСР, а позже – хроническая форма. Кроме явных симптомов, в диагностику включили психологические аспекты, например, чувство вины или избегание всего, что напоминает о травме. В редакции DSM-IV-R (2000) эти критерии почти не изменились, но усилился акцент на психологическое состояние человека, что отразило стремление объединить медицинский и поведенческий подходы к пониманию расстройства [5, с. 63].
--	---	--

В отечественной психиатрии дискуссии о клинической интерпретации ПТСР затрагивают ряд концептуальных вопросов. Центральным аспектом выступает оценка новизны диагностических критериев ПТСР в контексте традиционных представлений о психогениях. Ряд исследователей, включая Е.В. Снедкова, указывают, что критерии DSM-III, DSM-IV и МКБ-10 не представляют теоретического прогресса, повторяя принципы диагностики реактивных состояний, сформулированные К. Ясперсом. Подчеркивается, что такие феномены, как от-

сроченная реакция на травму и субъективная значимость события, уже описывались в ранних работах. Снедков рассматривает ПТСР как неспецифический синдром, который может проявляться в рамках различных расстройств, отмечая отсутствие «осевых» симптомов в официальных критериях.

В.М. Гарнов критикует структуру диагностических категорий ПТСР, выделяя, что лишь группа D (нарушения сна, гипервозбудимость) соответствует клиническим симптомам. Группы А (этиологический фактор), В (фиксация на травме) и С (избегание стимулов) интерпретируются им как отражение патофизиологических механизмов, а не конкретных психопатологических признаков.

Л.К. Хохлов акцентирует роль коморбидности и полиэтиологичности ПТСР, где сочетаются психогенные, экзогенные и личностные факторы. Автор указывает, что определение ПТСР исключительно как психиатрической патологии может быть некорректным из-за маскирующего влияния сопутствующих заболеваний.

А.Б. Смулевич связывает ПТСР с нозогенными депрессиями, подчеркивая его распространенность у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями (инфаркт миокарда, онкология), где психотравмирующим фактором выступает само заболевание или инвазивные медицинские вмешательства [5, с. 63–64].

Современная клиническая характеристика ПТСР в отечественной психиатрии базируется на концепции единого психогенного болезненного процесса, разработанной в рамках психиатрии катастроф. Согласно этой концепции, при чрезвычайных ситуациях (ЧС) существует неразрывная связь всех психических нарушений – от острых реакций до отдаленных последствий.

Особое значение приобретает теория А.Д. Сперанского о «втором ударе», которая находит подтверждение в отдаленном периоде. Этот феномен описывает механизм, при котором повторное воздействие (физическое или психогенное) активизирует «следовое раздражение» от первичной травмы, что провоцирует отсроченные психопатологические проявления.

Модель А.О. Бухановского и К.Ю. Галкина (2001) конкретизирует эту идею, выделяя этапы развития расстройства: острая реакция на стресс, острое

стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, стабильные изменения личности после катастрофы.

Каждая фаза, будучи самостоятельным таксоном в классификаторах, рассматривается как элемент единого динамического процесса, где переход между этапами обусловлен взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Эта концепция подчеркивает эволюционный характер психогений, где временная дистанция между травмой и симптоматикой объясняется кумулятивным эффектом «следовых реакций» [5, с 66].

Описанное выше исследование было сосредоточено на обзоре научных работ, посвященных сравнению систем МКБ и DSM. Прямое же сопоставление диагностических критериев в этих классификациях можно произвести, составив таблицу 2, основанную на анализе их первоисточников [7; 8; 9].

Таблица 2

Различия между МКБ-11 и DSM-5 в трактовке ПТСР

МКБ-11	DSM-5
В МКБ-11 внесли несколько важных изменений. Теперь диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) ставят более строго - недостаточно общих симптомов, нужны конкретные признаки. Добавлено «комплексное ПТСР» для случаев, когда тяжелые травмы вызывают долгосрочные изменения в поведении и эмоциях, как раньше диагностировали при хронических последствиях катастроф. Появился новый диагноз для людей, которые слишком долго и тяжело переживают утрату, что мешает их нормальной жизни. Уточнили критерии расстройства адаптации, чтобы точнее определять его симптомы. Также пересмотрели понятие острой реакции на стресс: теперь ее считают естественной, но в сложных случаях все же рекомендуют обращаться за помощью. В МКБ-11 выделены две основные формы посттравматических стрессовых расстройств. Первая – кпосттравматическое стрессовое расстройство (6B40), возникающее после единичных	В DSM-5 произошли существенные изменения в классификации посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Диагноз был перемещён из категории «Тревожные расстройства» в новый раздел «Расстройства, связанные с травмой и стрессовыми факторами», где ключевым требованием является наличие травматического или стрессового события в анамнезе. Для отнесения к данной категории обязательными считаются не только факт воздействия травмы, но и специфические клинические проявления: устойчивая тревожность или страх, снижение способности испытывать положительные эмоции (ангедония), подавленное эмоциональное состояние (дисфория), проявления агрессии (включая гнев), а также диссоциативные симптомы. Эти изменения подчёркивают этиопатогенетическую связь расстройства с травматическим опытом и расширяют диагностические критерии за счёт

или повторяющихся экстремально угрожающих событий. Критерии включают: 1) повторные переживания травмы (навязчивые воспоминания, флешбэки, ночные кошмары); 2) устойчивое избегание стимулов, ассоциированных с травмой; 3) стойкое ощущение опасности, проявляющееся чрезмерной настороженностью и усиленными реакциями страха. Симптоматика должна сохраняться минимум несколько недель и существенно нарушать повседневное функционирование. Вторая – комплексное ПТСР (6B41) – развивается после пролонгированных или повторяющихся ситуаций, характеризующихся невозможностью избежать угрозы (геноцид, систематическое насилие, длительное пленение). Помимо базовых симптомов ПТСР, наблюдаются стойкие нарушения в четырёх сферах: 1) аффективная регуляция (эмоциональная лабильность, эмоциональное оцепенение, эпизоды диссоциации); 2) поведенческие паттерны (импульсивная агрессия, аутоагрессивные действия); 3) искажённая самоидентификация (укоренившееся чувство неполноценности, хронический стыд); 4) социальная дезадаптация (стойкое избегание межличностных контактов, трудности в построении доверительных отношений). Данная категория заменяет устаревший диагноз МКБ-10 F62.0, акцентируя не только личностные изменения, но и системное влияние на психосоциальное функционирование	включения эмоционально-аффективных и когнитивных нарушений. В DSM-V произошли существенные изменения в диагностических критериях посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Во-первых, структура симптомов была реорганизована: вместо трёх кластеров (B, C, D) введены четыре категории: В) навязчивое повторное переживание травмы (интрузивные симптомы); С) избегание стимулов, связанных с событием; Д) негативные изменения в мышлении и эмоциональной сфере; Е) повышенная физиологическая возбудимость. Ранее объединённые в один критерий (С) избегание и блокировка эмоций теперь разделены на самостоятельные категории. Во-вторых, добавлены новые симптомы: устойчивое самообвинение или обвинение окружающих, стойкое снижение настроения (в категории когнитивно-эмоциональных нарушений), а также импульсивное или саморазрушительное поведение (в кластере повышенной реактивности). В-третьих, исключён критерий, требующий наличия острой эмоциональной реакции (страх, беспомощность) непосредственно после травмы, так как исследования подтвердили его низкую диагностическую значимость. В-четвёртых, введены специфические подтипы: 1) для детей младше 6 лет с адаптированными критериями, учитывающими возрастные особенности; 2) диссоциативный подтип, характеризующийся эпизодами деперсонализации (ощущение отчуждённости от собственного тела) и дереализации (восприятие окружающего мира как нереального). Кроме того, в классификацию включено острое стрессовое расстройство, охватывающее симптомы, развивающиеся в течение первого месяца после травмы. Эти изменения направлены на повышение точности диагностики и учёт вариативности клинических проявлений в разных группах пациентов
--	--

Проведённый сравнительный анализ диагностических критериев посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в российских и международных классификациях выявил существенные методологические и концептуальные различия. МКБ акцентирует экзогенную природу расстройства при отсутствии детализации динамики заболевания, тогда как DSM фокусируется на психопатологических симптомах, вводя новые кластеры (диссоциативный подтип в DSM-5) и расширяя диагностические рамки.

Ключевые изменения в DSM-5, такие как разделение симптомов на четыре кластера и исключение требований к немедленной реакции на травму, контрастируют с сужением критериев ПТСР в МКБ-11 и введением категории «комплексное ПТСР», заменяющей хроническое изменение личности. Российские исследователи критикуют неспецифичность критериев ПТСР, их сходство с ранними концепциями психогений и коморбидность с соматическими расстройствами, что осложняет диагностику. Эпидемиологические данные (3,6% глобальной распространённости) подчёркивают необходимость унификации подходов, особенно в условиях терминологического разрыва между МКБ, официально принятой в РФ, и DSM, постепенно внедряемым в исследованиях.

Практическая значимость работы заключается в табличном сопоставлении критериев, облегчающем выбор диагностических инструментов. Для улучшения клинической практики рекомендовано усиление междисциплинарного диалога и разработка национальных рекомендаций с учётом специфики отечественной психиатрической школы.

Список литературы

1. Гареева Ю.В. Психологические особенности лиц с посттравматическим стрессовым расстройством / Ю.В. Гареева, О.И. Политика // Вестник науки. – 2024. – №11(80). – С. 965–970. EDN DHNBVE
2. Валидизация русскоязычной версии шкалы симптомов ПТСР / А.А. Золотарева, А.П. Сарапульцев, М.В. Сарапульцева [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – №4. – С. 15–20. EDN FIELTH

3. Кемелова В.К. Условия возникновения посттравматического стрессового расстройства (обзор) / В.К. Кемелова // Медицина Кыргызстана. – 2017. – №2. – С. 27–29. EDN ZGIMFX
4. Коваленко Е.С. Понятие и способы выявления посттравматического расстройства / Е.С. Коваленко // Вестник науки. – 2024. – №12(81). – С. 586–590. EDN JPWUSO
5. Лыткин В.М. Некоторые дискуссионные вопросы клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств / В.М. Лыткин, В.В. Нечипоренко // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №1. – С. 62–67. EDN QCRFQO
6. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы / Е.С. Молчанова // Медицинская психология в России. – 2014. – №1(24). – 21 с.
7. Критерии ПТСР в DSM-5 // National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs. – 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clck.ru/3QE5bE> (дата обращения: 25.11.2025).
8. Общая информация о ПТСР из МКБ-10 и МКБ-11 // Российское общество психиатров. – 2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clck.ru/3PGPkH> (дата обращения: 25.11.2025).
9. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические рекомендации // Российское общество психиатров, Межрегиональное общество физической и реабилитационной медицины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://clck.ru/3PGQWc> (дата обращения: 25.11.2025).