

Диагностика и классификация расстройств, непосредственно связанных со стрессом: предложения для МКБ-11

Andreas Maercker¹, Chris R. Brewin², Richard A. Bryant³, Marylene Cloitre⁴, Mark Van Ommeren⁵, Lynne M. Jones⁶, Asma Humayan⁷, Ashraf Kagee⁸, Augusto E. Llosa⁹, Ce' Cile Rousseau¹⁰, Daya J. Somasundaram^{11,12}, Renato Souza¹³, Yuriko Suzuki¹⁴, Inkaweissbecker¹⁵, Simon C. Wessely¹⁶, Michael B. First¹⁷, Geoffrey M. Reed⁵

¹Department of Psychology, Division of Psychopathology, University of Zurich, Switzerland; ²Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London, UK; ³School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, Australia; ⁴Division of Dissemination and Training, National Center for PTSD, Menlo Park, CA, USA; ⁵Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ⁶FXB Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Harvard University, Cambridge, MA, USA; ⁷Institute of Psychiatry, Benazir Bhutto Hospital, Murree Road, Rawalpindi, Pakistan; ⁸Department of Psychology, Stellenbosch University, Stellenbosch, South Africa; ⁹Epicentre, Paris, France; ¹⁰Department of Psychiatry, McGill University Health Center, Montreal, Canada; ¹¹University of Jaffna, Sri Lanka; ¹²Glenside Mental Health Services, Glenside, South Australia, Australia; ¹³International Committee of the Red Cross, Geneva, Switzerland; ¹⁴National Center of Neurology and Psychiatry, National Institute of Mental Health, Tokyo, Japan; ¹⁵International Medical Corps, Washington, DC, USA; ¹⁶Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; ¹⁷Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA

Перевод: Мартынихина М.С.
Редактура: Мартынихин И.А.

Диагностические концепции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других расстройств, непосредственно связанных со стрессом, интенсивно обсуждаются среди ученых, занимающихся социальными и нейро- науками, клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения и оказания гуманитарной помощи по всему миру. ПТСР и расстройство адаптации являются одними из самых широко используемых диагнозов в системе оказания помощи при психических расстройствах в мире. Эта статья описывает предложения, направленные на повышение клинической утилитарности классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в предстоящем 11-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11). Предложения включают более узкую концепцию ПТСР, которая не позволяет выставлять диагноз на основе только неспецифичных симптомов; новую категорию «комплексное ПТСР», которая, в дополнение к стержневым симптомам ПТСР, включает три группы внутрличностных симптомов и симптомов, касающихся межличностного взаимодействия; новый диагноз «продолжительная реакция горя», используемый для характеристики пациентов, которые испытывают интенсивную, болезненную, приводящую к потере трудоспособности и аномально персистирующую реакцию на тяжелую утрату; существенный пересмотр диагностики «расстройства адаптации», включающий конкретизацию симптомов; построение концепции «острой реакции на стресс», как нормального явления, которое тем не менее может потребовать клинического вмешательства. Данные предложения были разработаны с учетом специфичных аспектов их клинического использования и общей пригодности как для стран с низким, так и с высоким уровнем дохода.

Ключевые слова: классификация, психические расстройства, МКБ, нозология, ПТСР, комплексное ПТСР, продолжительная реакция горя*, культуральное соответствие, DSM

(World Psychiatry 2013; 12:198-206)

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, такие как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и расстройство адаптации, являются одними из самых широко используемых психиатрами и психологами по всему миру диагнозов. У психиатров, которые используют МКБ-10, ПТСР занимает 14 место в их ежедневной клинической практике (1). Среди психологов, использующих МКБ-10, это восьмой по частоте использования диагноз. Среди психологов, которые используют DSM-IV, ПТСР занимает третье место после генерализованного тревожного расстройства и большого депрессивного расстройства (2).

Стрессовые события могут быть факторами риска или провоцирующими факторами для многих психических расстройств, в том числе психозов и депрессии. Тем не менее расстройства, непосредственно связан-

ные со стрессом, являются единственными диагнозами, которые в своей этиологии включают воздействие стрессовых событий в качестве обязательного диагностического критерия.

Эти диагнозы также являются предметом непрекращающихся споров (3,4). После того, как в DSM-IV расширили возможность постановки диагноза ПТСР с включением случаев, когда воздействие стресса на человека было косвенным (например, он слышал о стрессовом событии, которое произошло с другими людьми или увидел его по телевизору), было отмечено, что такое расширение диагностики размывает границы первоначальной концепции и описывает в качестве болезни нормальную реакцию на стресс (3,5).

Также обсуждается пригодность этих диагнозов для представителей разных культур. Потенциальная возмож-

*Прим. ред.: в тексте статьи термин «grief» переведен как «горе», это широко распространенный в русскоязычной научной литературе вариант; возможно, более точным является перевод «скорбь».

ность злоупотребления этими диагностическими категориями вызывает особую озабоченность в странах с нехваткой ресурсов и недостаточностью гуманитарной помощи, где их кажущаяся простота делает эти диагнозы легко применимыми для большого числа людей, состояние которых было бы более уместно рассматривать как нормальную реакцию на экстремальные условия жизни (6). Еще одной проблемой в этих условиях является то, что акцент на травмирующий стресс приводит к ошибочной диагностике и недостатку внимания к тем, кто страдает от других широко распространенных тяжелых психических расстройств.

Значительное противоречие также связано с постановкой диагноза расстройства адаптации, несмотря на его частое использование клиницистами (1,2). Расстройство адаптации является психическим расстройством с одной из самых плохих дефиниций, этот диагноз часто описывают в качестве некой «мусорной корзины» в схеме психиатрической классификации (7,8).

Предстоящий пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11), в настоящее время планируемый к утверждению на сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2015 году, представляет для Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) возможность повторно пересмотреть эти вопросы и обновить классификацию с целью улучшения клинической утилитарности и общей пригодности данных диагнозов (9,10). В соответствии с общей организацией пересмотра МКБ была создана Рабочая группа по вопросам классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом, подотчетная Международной консультативной группы по ревизии классификации психических расстройств и расстройств поведения МКБ-10. Данная Рабочая группа имела разнородный и мультидисциплинарный состав из экспертов всех регионов ВОЗ, в том числе из стран с низким и средним уровнем дохода.

Основными задачами Рабочей группы были: а) рассмотреть имеющиеся научные доказательства, касающиеся расстройств, непосредственно связанных со стрессом, а также клиническую и законодательную информацию об использовании и клинической утилитарности этих диагнозов в условиях различных медицинских учреждений по всему миру, в том числе в условиях первичной и специализированной помощи, б) рассмотреть обсуждавшиеся при подготовке DSM-5 проекты в этой области и оценить возможность или невозможность их применения по всему миру, в) собрать и подготовить конкретные предложения, включая размещение и организацию соответствующих категорий, г) представить проект содержательной части для этих категорий в МКБ-11 и связанных с ней документов (в т.ч. определений, описаний и диагностических рекомендаций). Особое внимание было уделено описанию расстройств в различных клинических условиях (например, в медицинских учреждениях или в условиях оказания гуманитарной помощи) и различных регионах мира, включая страны с низким и средним уровнем дохода. Цель группы состояла в том, чтобы определить состояния, которые имели обособленные клинические проявления, и описать их стержневые элементы.

ИСТОРИЯ

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом, являются относительно новым явлением в психиатрической классификации. В Великобритании основная позиция по отношению к острому стрессу во время Второй мировой войны изложена в 1942 году в журнале *The Lancet* доктором Henry Wilson, который описал свой опыт лечения 134 пациентов в отделении неотложной помощи Лондона: «Они все сказали, что их реакция была из-за страха, что этот страх был тем, что

они испытывали вместе со всеми другими пациентами и работниками неотложной помощи, и, что важно, они возвращались к своей обычной работе и воздерживались от соблазна преувеличивать переживания, через которые они прошли» (11). Он идентифицировал реакции, начиная от острого эмоционального нарушения до ступора и истерической паралигии. Все эти пациенты были выписаны в течение 24 часов и только шесть из них нуждались в дальнейшем лечении в течение следующих девяти месяцев.

Тем не менее этот акцент на нормализующихся реакциях и возвращении к функционированию постепенно сместился к большему вниманию в отношении менее ярких форм психопатологии и расширению растущей массы диагностических категорий, которые считаются этиологически связанными со стрессом. В МКБ-8, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в 1965 году, было представлено «преходящее ситуационное нарушение», которое включало проблемы адаптации, реакции на тяжелый стресс и боевой невроз. В МКБ-9, утвержденной в 1975 году, были выделены два расстройства: острая реакция на стресс и реакция адаптации. В МКБ-10, одобренной в 1990 году, в дополнение к острой реакции на стресс и расстройству адаптации впервые появились два новых расстройства: F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и F62.0 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которые могли возникать вследствие воздействия стресса экстремального характера (например, пыток или пребывания в концентрационных лагерях).

Интересно отметить, что в связи с влиянием военной психиатрии острая реакция на стресс была представлена как преходящая реакция, случающаяся сразу после воздействия стрессора. Она была предназначена не для описания психического расстройства как такового, а скорее для описания общих дистресс-реакций, которые люди как правило испытывают в дни после воздействия травмирующих событий. Ожидалось, что в норме эти реакции будут затухать в течение нескольких дней (12).

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Рабочей группе по классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом, была поставлена задача изучения и совершенствования классификации смешанной группы заболеваний, включая как «Реакцию на тяжелый стресс и расстройства адаптации» (МКБ-10 код F43), так и «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0). Временные рамки этой работы частично перекрывались с подготовкой DSM-5.

Внутри Рабочей группы было достигнуто соглашение о том, что при данной группе состояний стрессовый фактор является причиной их развития. Эти заболевания отличаются от других расстройств, таких как депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами или психосоматические расстройства, при которых стресс может быть фактором риска или провоцирующим фактором, но которые также могут возникать и при его отсутствии.

ПРЕДЛАГАЕМАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Предлагаемая для МКБ-11 классификация расстройств, непосредственно связанных со стрессом, охватывает полный спектр выраженности от нормальных реакций до патологических состояний (см. также 13). Одним из основных изменений является то, что острая реакция на стресс в настоящее время представляется как нормальная реакция и в связи с этим, классифицируется в главе «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения». Эта категория рассматривается как легитимная цель для клинических интервенций, но не определена как психическое расстройство.

Проект нового раздела «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» включает в себя «расстройство адаптации», «ПТСР» и «комплексное ПТСР». Кроме того, впервые в МКБ-11 будет включен самостоятельный диагноз «продолжительная реакция горя». Эта группа заболеваний, непосредственно связанных со стрессом, охватывает набор состояний, которые имеют несхожие между собой психопатологические проявления и в качестве причины для своего развития требуют предшествующего воздействия внешнего стрессового события или неблагоприятного переживания чрезвычайного характера или степени (табл. 1). События могут варьировать от менее тяжелых психосоциальных стрессов («жизненные события») до потери близкого человека, от единичных травмирующих событий до повторяющегося или пролонгированного травматического стресса исключительной тяжести. В результате патология может представлять собой как легкие, так и более тяжелые расстройства. Диагностика этой группы расстройств требует наличия специфичной узнаваемой клинической картины, отличной от других психических расстройств, а также очевидные и длительные функциональные нарушения.

Диагнозы МКБ-11 пролонгированной реакции горя, ПТСР, комплексной ПТСР и расстройства адаптации могут встречаться у представителей всех возрастных групп, в том числе у детей и подростков. Кроме того, группа включает в себя специфические расстройства привязанности у детей, которые обсуждаются в другом месте (14).

ЧАСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПТСР

ПТСР является хорошо узнаваемой клинической единицей, которая имеет характерные психологические соотношения. Этот диагноз критикуется за широкое сочетание различных кластеров симптомов, высокий уровень коморбидности, а в отношении критериев DSM-IV за то, что более 10 тысяч различных комбинаций из 17 симптомов могут давать этот диагноз. Несколько авторов призывали сфокусировать диагностику этого расстройства на меньшем числе основных симптомов (3,15).

В исследованиях было продемонстрировано, что порог для диагностики ПТСР в МКБ-10 действительно относительно низок (например, 16,17). Чтобы помочь отличить ПТСР от нормальных реакций на чрезвычайный стресс был предложен критерий наличия функциональных нарушений. Кроме того, критический анализ эмпирических данных свидетельствовал о: необходимости удаления утверждения, что травмирующие события «могут вызвать общий дистресс почти у любого человека»; необходимости уточнения о том, что навязчивые воспоминания не являются синонимами повторного переживания, перенесенного в настоящее; завышенном акценте на важности сознательного избегания; необходимости более явного признания ПТСР с отсроченным дебютом (5,18). Все эти предложения были учтены при формулировке нового проекта.

Проект также пытается повысить простоту диагностики и уменьшить коморбидность путем выявления стержневых элементов ПТСР, а не «типичных признаков» расстройства. Первый стержневой элемент состоит из повторных переживаний травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами (см. таблицу 1). Флешбэки определяются как яркие непроизвольные воспоминания, в которых повторное переживание травмировавшего события в настоящем может варьировать от мимолетного ощущения до полного разъединения с текущим окружением. Вторым стержневым элементом является избегание этих повторных переживаний, о чем свиде-

тельствует заметное внутреннее избегание мыслей и воспоминаний или внешнее избегание деятельности или ситуаций, напоминающих о травматическом событии(ях). Третьим стержневым элементом является чрезмерное ощущение сохраняющейся угрозы в виде повышения уровня бодрствования или усиленных реакций испуга – два симптома возбуждения, которые часто сочетаются (19).

Эффектом этих изменений является значительное упрощение диагностики и нацеливание внимания клиницистов на сочетание трех основных элементов, каждый из которых должен присутствовать и каждый из которых оценивается при помощи двух симптомов. ПТСР не может быть диагностировано, если человек также отвечает критериям комплексного ПТСР, так как данный диагноз является более всеобъемлющим, при этом включая в себя все характерные черты ПТСР.

КОМПЛЕКСНОЕ ПТСР

Комплексное ПТСР – это новая диагностическая категория, описывающая профиль симптомов, который может возникнуть после воздействия единственного травматического стрессора, но чаще возникает вслед за тяжелым пролонгированным стрессом или множественными или повторяющимися нежелательными событиями, избежать воздействие которых не представляется возможным (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство).

Предлагаемый диагноз включает три стержневых признака ПТСР и в дополнение к ним нарушения в аффективной сфере, сфере представлений о самом себе и в межличностных взаимоотношениях. Эти дополнительные домены отражают наличие индуцированных стрессом нарушений, которые по своей природе являются стойкими, длительными и сквозными, и которые при своем появлении не обязательно напрямую соотносятся со связанными с травмой стимулами. Данная модель заменяет перекрывающуюся с ней категорию МКБ-10 «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», которая не смогла привлечь научный интерес и не включала расстройства, возникающие из-за длительного стресса в раннем детстве. Предлагаемый перечень специфических симптомов основан на недавних исследованиях (20,21) и мнении экспертов (22).

Проблемы в аффективной сфере включают ряд симптомов, возникающих в результате трудностей с регуляцией эмоций. Они могут проявиться в повышенной эмоциональной реактивности или в отсутствии эмоций и в развитии диссоциативных состояний (23). Поведенческие нарушения могут включать вспышки ярости и безрассудное или саморазрушающее поведение (24).

К проблемам в сфере представлений о самом себе относятся стойкие негативные представления о себе, как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке. Они могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности, связанными, например, с невозможностью преодолеть негативные обстоятельства или невозможностью предотвратить страдания других.

Нарушения в социальном функционировании проявляются различным образом, но в основном они могут быть описаны как трудности в чувстве близости с другими. Человек может последовательно избегать, насмехаться или быть мало заинтересованным в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом. В других случаях, человек время от времени может иметь близкие или насыщенные взаимоотношения, но испытывает трудности в их поддержании.

Комплексное ПТСР можно разграничить с пограничным расстройством личности (ПРЛ) по происхожде-

Таблица 1. Проект категорий МКБ-11 для расстройств, непосредственно связанных со стрессом

Предлагаемые категории МКБ-11	Предыдущие коды МКБ-10	Основные диагностические признаки
Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)	F43.1	Расстройство, которое развивается после воздействия экстремального угрожающего или ужасающего события или серии событий, и характеризуется: 1) повторным переживанием травматического события(ий) в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами; 2) избеганием мыслей и воспоминаний о событии(ях), или избеганием деятельности или ситуаций, напоминающих событие(я); и 3) состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга. Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования.
Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство	F62.0	Расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно. Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и в социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений.
Пролонгированная реакция горя	Новая категория	Расстройство, при котором после смерти близкого человека сохраняются стойкая и всеохватывающая грусть и тоска по умершему или постоянная погруженность в мысли о покойном. Данные переживания продолжают аномально длительный период по сравнению с ожидаемой социальной и культурной нормой (например, по крайней мере 6 месяцев или больше в зависимости от культурных и контекстуальных факторов), и они достаточно сильно выражены, чтобы вызвать значительное ухудшение в функционировании человека. Данные переживания также можно охарактеризовать как трудности принятия смерти, ощущение потери части самого себя, злобу в отношении потери, чувство вины или трудности с вовлечением в социальные и другие виды деятельности.
Расстройство адаптации	F43.2	Реакция недостаточной адаптации на стрессовое событие, на продолжающиеся психосоциальные трудности или на комбинацию стрессовых жизненных ситуаций, которая, как правило, возникает в течение месяца после воздействия стрессора и имеет тенденцию к разрешению в течение 6 месяцев, если стрессовый фактор не сохраняется на более длительный срок. Реакция на стрессор характеризуется симптомами озабоченности проблемой, такими как чрезмерное беспокойство, рецидивирующие и мучительные мысли о стрессоре или постоянное размышление о его последствиях. Присутствует неспособность адаптироваться, т.е. симптомы мешают повседневному функционированию, возникают трудности с концентрацией внимания или нарушения сна, приводящие к нарушению работоспособности. Симптомы также могут быть связаны с потерей интереса к работе, общественной жизни, заботе о других, проведению досуга, приводящему к нарушению в социальном или профессиональном функционировании (ограничение круга общения, конфликты в семье, прогулы на работе и т.д.). Если критерии диагностики подходят для другого расстройства, то это расстройство следует диагностировать вместо расстройства адаптации.
Реактивное расстройство привязанностей	F94.1	См. Rutter and Uher (14)
Расстройство привязанностей по расторможенному типу	F94.2	См. Rutter and Uher (14)
<i>Состояния, не являющиеся расстройствами и включенные в раздел «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения»</i>		
Острая реакция на стресс	F43.0	Относится к развитию преходящих эмоциональных, когнитивных и поведенческих симптомов в ответ на исключительный стресс, такой как чрезвычайное травматическое переживание, которое влечет за собой серьезный вред или угрозу безопасности или физической целостности человека, или близких ему людей (например, природные катастрофы, несчастные случаи, военные действия, разбойные нападения, изнасилование), или неожиданные и грозящие опасностью изменения в социальном положении и/или окружении индивида, такие как потеря своей семьи в результате стихийного бедствия. Симптомы рассматриваются как нормальный спектр реакций, вызванных крайней тяжестью стрессора. Симптомы обычно обнаруживаются в течение периода от нескольких часов до нескольких дней от воздействия стрессовых стимулов или событий, и, как правило, начинают ослабевать в течение недели после этого события или после устранения угрожающей ситуации.

нию констелляции симптомов, по риску самоповреждений и по типу терапии, необходимой для улучшения исхода. Для постановки диагноза ПРЛ не требуется присутствия стрессового фактора или стержневых симптомов ПТСР. При этом они обязательны для диагностики комплексного ПТСР. ПРЛ прочно характеризуется страхом быть покинутым, изменениями идентичности и частым суицидальным поведением. При комплексном ПТСР страх быть покинутым не является обязательным составляющим расстройств, а самоидентификация скорее стабильно негативная, чем изменяющаяся (22).

ПРОЛОНГИРОВАННАЯ РЕАКЦИЯ ГОРЯ

Пролонгированная реакция горя – новый диагноз, предлагаемый для МКБ-11, который описывает аномально персистирующую и нарушающую функционирование реакцию на тяжелую утрату. Она определяется как выраженный и стойкий паттерн симптомов грусти и тоски по умершему или постоянная погруженность в мысли о нем. Эта реакция может быть связана с трудностями принятия смерти, ощущением потери части самого себя, чувством вины или ответственности за смерть, трудностью с вовлечением в новые социальные и другие виды активностей из-за перенесенной потери.

Важно отметить, что пролонгированная реакция горя может быть диагностирована, только если симптомы сохраняются после периода скорби, который нормативен в пределах культурного контекста человека (например, 6 месяцев и более после смерти), стойкая реакция горя выходит далеко за рамки ожидаемых социальных или культурных норм, и симптомы заметно нарушают способность пациента функционировать (см. Таблицу 1). Если типичное переживание горя в культурной среде человека больше 6 месяцев, критерий продолжительности для постановки диагноза должен быть увеличен соответствующим образом.

Введение пролонгированной реакции горя является ответом на растущее количество доказательств существования самостоятельного и тяжело протекающего состояния, которое не имеет адекватного отражения среди имеющихся диагнозов МКБ. Хотя большинство людей сообщают по крайней мере о частичной ремиссии острого переживания боли утраты к сроку порядка 6 месяцев после потери, те, кто продолжают испытывать тяжелую реакцию горя после этого периода времени, часто имеют значительное ухудшение общего функционирования (25). Во многих исследованиях из разных стран мира, включая и западные, и восточные культуры, была идентифицирована небольшая, но значительная часть перенесших утрату людей, которые подходят под это определение (26).

Сразу несколько источников доказательств свидетельствуют о необходимости введения пролонгированной реакции горя. Существование этой диагностической единицы было подтверждено в широком диапазоне культур, в том числе незападных, а также у людей различных жизненных периодов (26). Факторный анализ неоднократно демонстрировал, что центральный компонент пролонгированной реакции горя (тоска по умершему) независим от неспецифических симптомов тревоги и депрессии. Люди с пролонгированной реакцией горя имеют серьезные психосоциальные проблемы и проблемы со здоровьем, включая другие проблемы психического здоровья, такие как суицидальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами, саморазрушающее поведение или соматические расстройства, такие как высокое артериальное давление и повышенная частота сердечно-сосудистых заболеваний (27). Наконец, существуют особые мозговые дисфункции и когнитивные паттерны, связанные с пролонгированной реакцией горя (26,28).

Что касается лечения, длительная реакция горя не отвечает на лечение антидепрессантами, тогда как депрессивные синдромы, связанные с утратой, отве-

чают (29). Важно отметить, что психологическая терапия, которая стратегически нацелена на симптомы пролонгированной реакции горя, демонстрирует большую эффективность в облегчении их проявлений, чем лечение, направленное на депрессию (30).

Введение диагноза пролонгированной реакции горя вызвало споры из-за опасений, что она может патологизировать нормальную реакцию горя (31). Рабочая группа тщательно рассмотрела этот вопрос и подчеркнула несколько моментов. Во-первых, диагностические критерии были разработаны с большой осторожностью по отношению к вариабельности «нормальных» процессов и вниманием на культурные и контекстуальные факторы. Во-вторых, диагноз относится только к меньшинству (< 10%) людей, перенесших потерю близких, у которых наблюдаются персистирующие нарушения. В-третьих, было признано, что существует значительная культуральная вариабельность в проявлениях горя, которая должна приниматься во внимание при диагностических решениях. В-четвертых, многие люди могут испытывать флуктуирующие и причиняющие страдание переживания в ответ на перенесенное горе спустя и более шести месяцев после смерти близких им людей, но они не обязательно будут кандидатами для диагностики пролонгированной реакции горя из-за отсутствия персистирования и истощения.

Эпидемиологические исследования показывают, что пролонгированная реакция горя представляет собой проблему для здравоохранения. Точное выявление людей с этим расстройством может уменьшить вероятность неправильного лечения. Появление подтвержденных доказательствами эффективности вмешательств, направленных на симптомы пролонгированной реакции горя, может облегчить бремя болезни и увеличить обоснованность введения этого диагноза.

РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ

Расстройство адаптации было плохо описанной областью психопатологии, в которой клиническими проявлениями могут быть разнообразные симптомы при относительном отсутствии разграничительных признаков. Эта категория обычно рассматривается как состоящая из группы подпороговых расстройств, связанных с провоцирующим событием или ситуацией. Часто идентификация такого провоцирующего события производится постфактум. Расстройство адаптации в основном используется в качестве остаточной категории для пациентов, которые не отвечают диагностическим критериям депрессивных или тревожных расстройств, или в качестве временного диагноза, когда не ясно, возникнет или нет у пациента посттравматическое расстройство или расстройство настроения (например, 7,8).

Предложение для МКБ-11 сфокусировано на том, что расстройство адаптации является реакцией недостаточной адаптации на идентифицируемый психосоциальный стрессор или изменение образа жизни. Оно характеризуется озабоченностью стрессом и неспособностью адаптироваться, что проявляется целым рядом симптомов, мешающих повседневному функционированию, таких как трудности концентрации или нарушения сна. Симптомы тревоги или депрессии, проблемы контроля над побуждениями также часто присутствуют. Симптомы появляются в течение месяца с момента появления стрессора(ов) и имеют тенденцию к разрешению примерно в течение 6 месяцев кроме случаев, когда стрессор сохраняется более длительное время. Расстройство вызывает существенные страдания и нарушения социального или профессионального функционирования (32).

Расстройство адаптации рассматривается как единый континуум с нормальными реакциями адаптации, но отличается от «нормы» интенсивностью и возни-

кающими нарушениями. В отличие от ПТСР, здесь тяжесть стрессора не рассматривается при диагностике. Тем не менее расстройства адаптации могут быть следствием стресса экстремальной силы, когда симптомы не соответствуют всем критериям ПТСР.

Отсутствуют доказательства валидности или клинической утилитарности подтипов расстройства адаптации, описанных в МКБ-10, в связи с этим они удалены из МКБ-11. Такие подтипы могут вводить в заблуждение за счет уделения особого внимания доминирующему содержанию дистресса, заслоняя тем самым лежащую в основе общность данных расстройств. Подтипы не имеют отношения к выбору лечения и не связаны с конкретным прогнозом (7). Характерной особенностью является часто смесь эмоциональных и поведенческих симптомов (8). Хотя могут преобладать симптомы или интернализации, или экстернализации, они часто сосуществуют.

ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС, КАК СОСТОЯНИЕ, НЕ ЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПСИХИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Определение острой реакции на стресс в МКБ-10 является неоднозначным. Название "реакция" и её диагностическое описание предполагает скоротечность, но расположение в МКБ-10 в разделе психических и поведенческих расстройств относит её к патологии. Путаница усугубляется параллельным существованием диагноза «острого стрессового расстройства» в DSM-IV и DSM-5.

Острое стрессовое расстройство во многих аспектах схоже с ПТСР и иногда считалось предшественником ПТСР, но оно отличается от ПТСР большей выраженностью диссоциативных симптомов. В DSM-5 острое стрессовое расстройство может быть диагностировано только в первый месяц после травмы, а ПТСР может быть диагностировано только спустя один месяц. Обзор имеющейся литературы по острому стрессовому расстройству подвергло сомнению то, что оно является качественным предиктором развития ПТСР (33). Важной причиной для включения острого стрессового расстройства в DSM-5 может быть чувствительность к вопросу возмещения стоимости медицинских услуг в США, в рамках которого отмечается, что лечение не должно предоставляться для явлений, не являющихся расстройствами, даже после тяжелого травматического переживания, когда базовые психологические интервенции могут быть действительно необходимы. Тем не менее позицией ВОЗ было то, что финансирование здравоохранения, возмещение стоимости услуг и дефиниции болезни – это не связанные между собой вопросы, и их объединение не поможет цели сокращения общего бремени болезней (34). Таким образом, аргумент, касающийся возмещения стоимости услуг, не был признан достаточным основанием, чтобы обозначить нормальную реакцию психическим расстройством.

Кроме того, в МКБ-10 и проекте МКБ-11 нет строго обозначенного минимального срока для ПТСР, таким образом, этот диагноз может быть использован в течение первого месяца после травмы при условии, что симптомы являются достаточно стойкими и приводят к ухудшению функционирования. Следовательно, в МКБ-11 нет необходимости в диагностике острого стресса по типу острого стрессового расстройства DSM-5, в том числе, принимая во внимание запрос клиницистов, касающийся сокращения общего числа диагнозов в диагностических системах (1,2).

В то же время опыт клинической медицины и организации здравоохранения показал, что существует потребность в непатологической категории для обозначения широкого спектра преходящих эмоциональных, когнитивных, поведенческих и соматических реакций в период сразу же после острого стрессового события, такого как насильственное нападение или

стихийное бедствие. В этой связи рабочая группа рекомендовала, чтобы острая реакция на стресс была помещена в раздел для состояний, которые не считаются заболеваниями или нарушениями, но которые могут быть причинами для обращений за медицинской помощью (глава Z в МКБ-10). Помещение острой реакции на стресс в эту главу МКБ-11 позволит работникам здравоохранения быть готовыми распознавать и помогать людям с такими реакциями, не считая их страдающими психическими расстройствами. При таких реакциях часто более полезна практическая психосоциальная помощь, а не психиатрическая. Этот подход в настоящее время помечен как первичная психологическая помощь (35). Концептуализация острой реакции на стресс в МКБ-11 удовлетворяет запросам, выделенным экспертами, которые выступали за менее патологизированное значение, чем подразумевает диагноз острого стрессового расстройства в DSM-5, чтобы описывать и идентифицировать людей, переживающих острый стресс, которым, возможно, будет необходима помощь (36).

Предлагаемое в МКБ-11 описание острой реакции на стресс не соответствует требованиям определения психического расстройства, но относится к развитию преходящих эмоциональных, когнитивных, соматических и поведенческих симптомов в ответ на исключительный стресс, связанный с воздействием события или ситуации чрезвычайной угрожающей или ужасающей сути. Например, сюда можно отнести уже актуальное или только угрожающее серьезное увечье или вред для себя или любимого человека (например, природные катастрофы, несчастные случаи, войны, похищения, изнасилования), или необычно резкое и угрожающее изменение социального положения или окружения человека, такое как перемещение в другую страну или в лагерь для беженцев.

Симптомы острой реакции на стресс могут включать состояние оцепенения, чувство замешательства, грусти, тревогу, гнев, отчаяние, возбуждение, ступор и избегание контактов с другими людьми. Вегетативные признаки тревоги (например, тахикардия, потливость, приливы) часто присутствуют и могут обращать на себя внимание. Симптоматика появляется в период от нескольких часов до нескольких дней с момента воздействия стрессовых стимулов и, как правило, начинает ослабевать в течение приблизительно недели после воздействия, или после устранения угрожающей ситуации в случаях, когда это возможно. В тех случаях, когда действие стрессора продолжается или по своей природе не может быть устранено, симптомы могут сохраняться, но они, как правило, значительно ослабевают в течение примерно одного месяца.

Этот временной промежуток помогает отличить острые реакции на стресс от патологических реакций, связанных с более тяжелыми расстройствами. Если симптомы не начинают уменьшаться в течение приблизительно недели после их начала, следует рассмотреть необходимость диагностировать расстройство адаптации или ПТСР, в зависимости от клинических проявлений. Хотя острая реакция на стресс у ищущих помощь людей может сопровождаться существенным нарушением личного функционирования в дополнение к субъективному дистрессу, нарушение функционирования не является обязательным признаком.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ В ПЕРИОД РАЗВИТИЯ

ПТСР может возникнуть у людей всех возрастов, но реакции на травмирующие события могут различаться в зависимости от стадии развития. Рабочая группа МКБ-11 включила описания симптомов, характерных для детей и подростков. У детей реакции могут включать дезорганизацию, возбуждение, приступы раздражения, цепляние, экспрессивную плаксивость, избега-

ние контактов, сепарационную тревогу, недоверие; повторное воспроизведение травматических событий, например, в однообразных играх или рисунках; пугающие сны без четкого содержания или ночные кошмары; чувство бесперспективности и импульсивность. Самоповреждения или рискованное поведение чаще встречаются среди подростков (37,38). Некоторые из этих симптомов, такие как повторные воспроизведения, повторяющиеся игры или генерализованное недоверие, также распространены при пролонгированной реакции горя среди детей и подростков. Симптомы комплексного ПТСР, такие как нарушения регуляции эмоций и межличностные проблемы, можно наблюдать у детей в виде регрессивного и/или агрессивного поведения по отношению к себе и другим. В подростковом возрасте употребление психоактивных веществ, рискованное (незащищенный секс, опасное вождение) и агрессивное поведение могут быть особенно очевидным выражением эмоциональных нарушений и межличностных проблем (39).

СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ ПРОЕКТОМ МКБ-11 И DSM-5

В DSM-IV острое стрессовое расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство были классифицированы как тревожные расстройства. В проекте МКБ-11 и в DSM-5 создана отдельная группа расстройств, связанных со стрессом. Рабочая группа МКБ рекомендует избегать широко применяемый, но вносящий путаницу, термин «расстройства, связанные со стрессом», учитывая, что многочисленные расстройства могут быть связаны со стрессом (например, депрессия, расстройство, связанное с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ), но могут также возникать при отсутствии идентифицируемых стрессовых или травматических жизненных событий. Попыткой отразить это различие в проекте МКБ-11 стал термин «расстройства, непосредственно связанные со стрессом» («disorders specifically associated with stress»), который используется для расстройств, описанных в этой статье.

Как проект МКБ-11, так и DSM-5 включает ПТСР и расстройство адаптации в рамках указанной группы. Пролонгированная реакция горя представлена в DSM-5 как «пролонгированное комплексное расстройство, вызванное тяжелой утратой» («prolonged complex bereavement disorder»), помещенное в раздел, посвященный расстройствам, требующим дальнейшего изучения. Острая реакция на стресс остается в DSM-5 в группе расстройств, связанных со стрессом, но в результате признания неоднородности реакций на стресс в ней больше не содержится требований к наличию специальных кластеров симптомов и она больше не рассматривается в качестве предшественника ПТСР.

Новое толкование ПТСР в DSM-5 можно рассматривать как расположенное между диагнозами ПТСР и комплексное ПТСР, предложенными для МКБ-11. Описание DSM-5 определяет новый кластер симптомов и добавляет три дополнительных симптома к диагностическим критериям, отражая данные исследований о наличии устойчивых изменений в аффективной сфере и поведении у пациентов с ПТСР. В противоположность этому, в проекте МКБ-11 авторы реагируют на критику в чрезмерной комплексности и высокой коморбидности данного диагноза, пытаясь определить стержневые черты расстройства и сделать ПТСР легче отличаемым от других психических расстройств. Посыл заключается в том, чтобы увеличить клиническую утилитарность и предостеречь от необоснованную диагностику ПТСР, сосредоточив внимание более узко на небольшом наборе легко идентифицируемых признаков. В то же время выраженные индуцированные стрессом изменения личности, регуляции аффекта, межличностного функционирования представлены в отдельном диагно-

зе комплексного ПТСР. Есть надежда, что параллельное использование предлагаемых МКБ-11 диагнозов ПТСР и комплексного ПТСР будет иметь значительные преимущества для практических врачей и ускорит достижение научного понимания этих расстройств.

ВЫВОДЫ

Рабочей группе МКБ-11 была поставлена задача пересмотреть описание расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в свете самых последних научных данных, отвечая на критические замечания, высказанные по поводу характеристики этих расстройств в DSM-IV и МКБ-10 и максимизируя клиническую утилитарность и применимость диагнозов. Как отмечалось ранее, многие из этих критических замечаний затронули структуру симптомов и чувствительность ПТСР к гипердиагностике.

Несмотря на сомнения, касающиеся кросс-культурной валидности диагностики (3,4), последние научные данные согласуются с заключением рабочей группы о том, что ПТСР действительно имеет широкую межкультурную валидность (40), хотя и с некоторыми вариациями в своих проявлениях. Рабочая группа пришла к выводу, что универсальное описание этого заболевания является клинически полезным и важным для здравоохранения. Отдавая должное существованию культуральных вариаций, была достигнута высокая степень согласия экспертов в отношении ключевых проявлений, клинической утилитарности и применимости диагнозов, предлагаемых в МКБ-11 в разделе расстройств, непосредственно связанных со стрессом.

Предложения рабочей группы включают несколько изменений по сравнению с МКБ-10, которые имеют потенциальные последствия для здравоохранения и организации оказания медицинской помощи. Психиатрам, наблюдающим выживших после природных, техногенных катастроф или конфликтов, будет предложено принять во внимание представление об острой реакции на стресс, как о состоянии, которое в большей степени относится к норме, вместо того, чтобы начальные стрессовые реакции сразу же диагностировать в качестве психических расстройств. Это изменение уточняет определение острой реакции на стресс в МКБ-10 как преходящей, но по существу не патологической реакции, и дифференцирует ее с понятием острое стрессовое расстройство, используемым в DSM-IV и DSM-5.

Предлагаемые изменения в определении ПТСР подразумевают значительное упрощение диагностики, особенно по сравнению со многими тысячами возможных комбинаций симптомов, подпадающих под диагноз в соответствии с DSM-IV и DSM-5. Хочется надеяться, что это приведет к большей ясности относительно характеристик синдрома и улучшит распознавание расстройства как в условиях специализированной, так и в условиях первичной помощи. В соответствии с предложениями МКБ-11, после стрессовых событий врачи должны будут обратить внимание на наличие трех четко различающихся типов специфических симптомов, которые, если они будут стойкими и вызывающими нарушения, приведут к диагнозу ПТСР. В то же время требование к наличию нарушений функционирования необходимо, чтобы установить более высокий диагностический порог по сравнению с МКБ-10, с целью более четкой фокусировки внимания на лицах, нуждающихся в помощи.

Включение комплексного ПТСР – это отчасти ответ на запрос практических врачей в отношении лучшего распознавания устойчивой выраженности некоторых посттравматических реакций. Этот диагноз будет выставляться, когда стержневые признаки ПТСР сопровождаются персистирующими и pervasive нарушениями эмоциональной регуляции, самоорганизации и отношения к окружающему. Этот диагноз может

быть особенно ценен для людей, перенесших травму исключительно высокой силы, таких как жертвы пыток или жертвы повторного сексуального насилия и сексуальной эксплуатации.

Большая специфичность, достигнутая сейчас для ПТСР и комплексного ПТСР, в проекте МКБ-11 сопровождается дополнительным вниманием к альтернативным диагнозам для тех, кто подвергается стрессу. Пересмотренное описание расстройства адаптации приписывает теперь большое значение наличию функциональных нарушений, кроме того, удалены субтипы расстройства, которые не были практически полезными и тем самым негативно сказались на клинической утилитарности. Введение диагноза пролонгированной реакции горя также проводится в ответ на очевидную клиническую необходимость и признание того, что пациентам может требоваться лечение, направленное на этот определенный паттерн симптомов. Как и с проектами диагнозов в других разделах, существует намерение установить баланс между сохранением непрерывности тех путей категоризации дистресса, которые уже знакомы врачам, и, пользуясь возможностью, пересмотреть, уточнить и дифференцировать их для повышения клинической утилитарности.

Следующими шагами в развитии проекта МКБ-11 по расстройствам, непосредственно связанным со стрессом, будет его публичное обсуждение и испытания в «полевых» условиях.

Знакомство с проектом и обсуждение предложений будет осуществляться с помощью бета платформы МКБ-11 (<http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en>). Полевые исследования будут оценивать клиническую приемлемость, клиническую утилитарность (например, простоту использования), надежность и, по мере возможности, валидность проектов определений и диагностических руководств, в частности, по сравнению с МКБ-10.

ВОЗ будет использовать два основных подхода для апробации проектов разделов МКБ-11: интернет-исследования и исследования в клинических условиях. Интернет-исследования будут осуществляться в первую очередь в рамках Всемирной сети клинической практики, в которой в настоящее время состоит более 7000 врачей психиатров и врачей первичной медицинской помощи (www.globalclinicalpractice.net). Исследование расстройств, непосредственно связанных со стрессом, уже запланировано. Исследования в клинических условиях будут осуществляться через международную сеть сотрудничающих центров клинических исследований ВОЗ.

Рабочая группа надеется на сотрудничество с коллегами по всему миру в апробации и дальнейшем уточнении предложений, касающихся диагностических указаний для расстройств, непосредственно связанных со стрессом, в МКБ-11.

ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

A. Maercker, C.R. Brewin, R.A. Bryant, M. Cloitre, A. Humayan, L.M. Jones, A. Kagee, C. Rousseau, D.J. Somasundaram, S.C. Wessely и Y. Suzuki являются членами Рабочей группы ВОЗ МКБ-11 по классификации расстройств, непосредственно связанных со стрессом, подотчетной Международной консультативной группы по ревизии классификации психических расстройств и расстройств поведения МКБ-10. G.M. Reed и M. van Ommeren являются членами Секретариата ВОЗ, Департамента психического здоровья и зависимостей. A.E. Llosa, R. Souza, I. Weissbecker и M.B. First – эксперты, специально приглашенные на заседания Рабочей группы. Взгляды, выраженные в этой статье, принадлежат авторам и, за исключением специально отмеченных, не представляют официальную политику или позицию Международной консультативной группы или ВОЗ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
2. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013;48:177-93.
3. Stein DJ, Seedat S, Iversen A et al. Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. *Lancet* 2007;369:139-44.
4. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of the current concepts. *Soc Sci Med* 1995;40:1073-82.
5. McNally R. Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Ann Rev Psychol* 2003;54:229-52.
6. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010.
7. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry* 2008;49:121-30.
8. Casey PB, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011;10:11-8.
9. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011; 10: 946-54.
10. Reed GM. Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010; 41:457-64.
11. Wilson H. Mental reactions to air raids. *Lancet* 1942;242:284-7.
12. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML et al. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69:923-9.
13. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013;381:1683-5.
14. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:514-29.
15. Brewin CR, Lanius RA, Novac A et al. Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *J Trauma Stress* 2009;22:366-73.
16. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med* 2010;40:2049-57.
17. Peters L, Slade T, Andrews G. A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1999;12:335-43.
18. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al. Delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1319-26.
19. Yufik T, Simms LJ. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *J Abnorm Psychol* 2010;119:764-76.
20. Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *J Trauma Stress* 2010;23:767-74.
21. De Jong JTV, Komproe IH, Spinazzola J et al. DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence. *J Trauma Stress* 2005;18:13-21.
22. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A et al. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011;24:615-27.
23. Lanius RA, Bluhm RL, Frewen PA. How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124: 331-48.

24. Dyer KF, Dorahy MJ, Hamilton G et al. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J Clin Psychol* 2009;65: 1099-114.
25. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009;6:8.
26. Shear MK, Simon N, Wall M et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
27. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev* 2004;24:637-62.
28. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage* 2008; 42:969-72.
29. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999;156:202-8.
30. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2601-8.
31. Bryant RA. Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2012; 201:9-10.
32. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 2007;40:135-46.
33. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2011;72:233-9.
34. Reed GM, Dua T, Saxena S. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan. *Br Med J* 2011;342:d3830.
35. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization, 2011.
36. Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:423-9.
37. Pynoos RS, Steinberg AM, Layne CM et al. DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: a developmental perspective and recommendations. *J Trauma Stress* 2009; 22: 391-8.
38. Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety* 2011;28:770-82.
39. Cook A, Spinazzola J, Ford JD et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann* 2005;35:390-8.
40. Hinton DE, Lewis-Fernandez R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:783-801.