

# Бремя субклинического ПТСР (согласно критериям DSM-5) среди ветеранов США

У значительной части людей, подвергшихся воздействию травмирующих событий, развивается посттравматическое стрессовое расстройство<sup>1-3</sup>. Несмотря на то что эпидемиология ПТСР изучалась широко<sup>1-3</sup>, небольшая часть исследований посвящена субклиническим (подпороговым) проявлениям ПТСР, определяемым как наличие симптомов ПТСР, не отвечающих полностью диагностическим критериям этого расстройства. Оценка бремени субклинических расстройств становится особо актуальной в свете перехода на многомерную модель диагностики психических расстройств.

Распространенность субклинического ПТСР по разным данным составляет 3,6-25,6%<sup>2,4-6</sup>. Эти расстройства не просто формальный диагноз, прежде всего потому, что связаны с повышенным риском развития коморбидных психических и соматических расстройств, суицида у лиц с развитием ПТСР по сравнению с теми, у которых ПТСР в ответ на травму не развивается<sup>2,4-6</sup>. В настоящий момент только два исследования посвящены эпидемиологии подпорогового ПТСР, диагностируемого по критериям DSM-5. В одном из них приводятся результаты опросов ВОЗ – распространенность субклинического ПТСР колеблется от 0,7 до 4,6%, в зависимости от используемого определения. Кроме того, пациенты с подпороговым ПТСР в 2,5-5 раз чаще обнаруживают коморбидные аффективные и тревожные расстройства по сравнению с подвергшимися травме людьми из контрольной группы<sup>7</sup>. Это исследование ограничено тем, что диагноз был установлен по критериям для DSM-IV, не включающим расширенный комплекс симптомов согласно DSM-5. Согласно другому исследованию ПТСР среди ветеранов Вьетнамской войны распространенность субклинического ПТСР колеблется от 1,9 до 5,7%, а коморбидность между подпороговым ПТСР и другими расстройствами в рамках DSM-5 колеблется от 0,7 до 30,9%<sup>8</sup>. Опубликованные результаты позволяют судить лишь о распространенности субклинического ПТСР, диагностированного по критериям DSM-5, поэтому популяционные исследования ветеранов в аспекте оценки бремени указанного расстройства представляются актуальными.

С целью уточнения эпидемиологических и клинических характеристик субклинического ПТСР, диагностированного по критериям DSM-5, мы проанализировали результаты «Национального исследования здоровья и жизнестойкости ветеранов (NHRVS)», посвященного обследованию репрезентативной когорты ветеранов США. Программа NHRVS проведена в 2013 году, включала опрос 1,484 ветерана в возрасте старше 20 лет. Выборка была установлена с помощью Knowledge Panel – исследовательской панели репрезентативных опросов, представляющий примерно 98% домохозяйств США. Чтобы обеспечить репрезентативность результатов для всей популяции ветеранов США, было применено постстратификационное взвешивание. Структура исследования оценена с помощью следующих инструментов: Trauma History Screen, ПТСР (PTSD) Checklist для DSM-5 (PCL-5)<sup>9</sup>, Mini International Neuropsychiatric Interview и опросник здоровья пациента-4 (Patient Health Questionnaire-4) для анамнеза жизни и анамнеза текущего заболевания соответственно, Fagerstrom Test для никотиновой зависимости, and Short Form-8 (SF-8) Health Survey для психического и физического функционирования<sup>10</sup>.

Ответы на PCL-5, полученные в течение длительного периода использованы, чтобы создать 3 группы:

а) нет/мало симптомов ПТСР (определяемое как соответствие критериям В-Е для ПТСР по тяжести от средних до высоких); б) субклиническое ПТСР по DSM-5 (определяемое как соответствие 2 или 3 критериям В-Е или всем 4 критериям В-Е, но длительностью присутствия симптомов и/или нарушения работоспособности 1 месяц); и с) клиническое ПТСР в течение жизни (соответствует критериям А-Г для ПТСР). Для сравнения были созданы аналогичные три группы, в которых симптомы ПТСР имелись в течение последнего месяца, а количество баллов  $\geq 38$  по PCL-5 отделяло подпороговое и предполагаемое ПТСР, или симптомы и нарушения функционирования не определялись в течение последнего месяца по данным NHRVS. Взвешенная распространенность подпорогового ПТСР, диагностированного по критериям DSM-5 за всю жизнь и за последний месяц была рассчитана для всей когорты (N=1,478, данные о 6 субъектах отсутствовали). В другие исследования включены только ветераны, подвергшихся травме (N=1,268). Чтобы изучить связи предполагаемого и подпорогового ПТСР с коморбидными психиатрическими расстройствами и SF-8 баллами, применялись логистическая регрессия и многофакторный анализ ковариаций. Исследования дополнены социо-демографическими переменными, анализом боевого опыта ветерана, количеством травмирующих ситуаций в течение жизни и информацией о каких-либо психических расстройствах в течение жизни.

Распространенность в течение жизни и за последний месяц субклинического ПТСР была 22,1% и 13,5% соответственно и выше чем распространенность в течение жизни (8,0%) и за последний месяц (4,5%) предполагаемого ПТСР. Распространенность подпорогового ПТСР в течение жизни была выше среди женщин чем среди мужчин (30,3% против 21,2%,  $X^2=10,3$ ,  $p=0,006$ ). Также распространенность предполагаемого ПТСР в течение жизни уменьшалась по возрастным группам (с 20,8% в возрасте 18-34 года до 1,9% в возрасте от 75 лет). Распространенность подпорогового ПТСР оставалась относительно стабильной по всем возрастным группам, кроме старше 75 лет (от 21,1% до 26,6%).

Субклиническое ПТСР связано с более высоким риском развития другой психической патологии как за весь период жизни (витальной депрессии, социальной тревоги, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ), так и выявляемого на момент обследования (витальной депрессии, ГТР и суицидальных тенденций). За исключением показателей никотиновой зависимости, диапазон скорректированных шансов гораздо выше у ветеранов с субклиническим ПТСР по сравнению с группой без признаков травматического развития (ОШ для алкогольной зависимости - 1,7, ОШ генерализованного тревожного расстройства, выявляемого на момент обследования – 4,0). В группе ветеранов с субклиническим ПТСР выявлено значительное снижение уровня функционирования по сравнению с группой контроля по различным причинам (d-диапазон от 0,31 при оценке соматического здоровья до 1,45 для психического здоровья), в том числе и по результатам оценки по шкалам SF-8 (d-диапазон от 0,12 при оценке соматического здоровья до 0,41 для психического здоровья и социального функционирования) на протяжении всего анамнеза травмы. Аналогичная тенденция наблюдалась и при оценке функционирования за период предыдущего момента обследования месяца.

Результаты настоящего исследования свидетельствуют о значительном бремени ПТСР среди ветеранов США в аспекте их функционирования. Так, практически у каждого третьего ветерана США выявляются клинически значимые симптомы на протяжении жизни. Вероятно, субклинические проявления ПТСР опосредуют развитие коморбидных психических и соматических расстройств с последующим снижением уровня функционирования. Несмотря на отсутствие консенсуса о диагностических критериях субклинических феноменов ПТСР, результаты настоящего исследования подчеркивают важность выявления, профилактики и разработки терапии для групп населения, переживших военный травматический опыт, даже в случае подпорогового уровня последующих расстройств.

**Natalie P. Mota<sup>11</sup>, Jack Tsai<sup>2,3</sup>,  
Jitender Sareen<sup>4</sup>, Brian P. Marx<sup>5</sup>, Blair E. Wisco<sup>6</sup>,  
Ilan Harpaz-Rotem<sup>3,7</sup>, Steven M. Southwick<sup>3,7</sup>,  
John H. Krystal<sup>3,7</sup>, Robert H. Pietrzak<sup>3,7</sup>**

<sup>1</sup>Department of Clinical Health Psychology, University of Manitoba, Winnipeg, Canada; <sup>2</sup>U.S. Department of Veterans Affairs, New England Mental Illness Research, Education, and Clinical Center, West Haven, CT, USA; <sup>3</sup>Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; <sup>4</sup>Departments of Psychiatry, Psychology, and Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, Canada; <sup>5</sup>U.S. Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder, VA Boston Healthcare System, and Division of Psychiatry, Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA; <sup>6</sup>Department of Psycholo-

gy, University of North Carolina at Greensboro, Greensboro, NC, USA; <sup>7</sup>U.S. Department of Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, CT, USA

Национальное исследование здоровья и жизнестойкости ветеранов проведено при поддержке Департамента по делам ветеранов Национального центра изучения ПТСР США и на частные пожертвования.

Перевод: Красавин Г.А. (Москва)  
Редактура: к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

(*World Psychiatry* 2016; 15: 2: 185-186)

#### Библиография

1. Keane TM, Marshall AD, Taft CT. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:161-97.
2. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM et al. *J Anxiety Disord* 2011;25:456-65.
3. Wisco BE, Marx BP, Wolf EJ et al. *J Clin Psychiatry* 2014;75:1338-46.
4. Marshall RD, Olfson M, Hellman F et al. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-73.
5. Jakupcak M, Hoerster KD, Varra A et al. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:272-5.
6. Pietrzak RH, Goldstein MB, Malley JC et al. *Depress Anxiety* 2009;26:739-44.
7. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ et al. *Biol Psychiatry* 2015;77:375-84.
8. Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C et al. *JAMA Psychiatry* 2015;72:875-81.
9. Weathers FW, Litz BT, Keane TM et al. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov).
10. Pietrzak RH, Cook JM. *Depress Anxiety* 2013;30:432-3.

DOI:10.1002/wps.20313