

# Сетевая структура комплексного посттравматического стрессового расстройства МКБ-11 среди различных травматических жизненных событиях

Karatzias T, Shevlin M, Hyland P et al. The network structure of ICD -11 complex post-traumatic stress disorder across different traumatic life events. *World Psychiatry*. 2020;19(3):400-401.

МКБ-11 описывает комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) как состоящее из шести кластеров симптомов: повторное переживание травмы в настоящем, избегание травматических напоминаний, чувство текущей угрозы, аффективная дисрегуляция, негативное самосознание и нарушенные отношений<sup>1</sup>.

Сетевой подход оценивает и количественно измеряет специфические ассоциации симптомов, и симптомы, которые имеют много и/или сильные ассоциаций, считаются очень центральными для сети. Теоретически, наиболее центральные симптомы должны отражать наиболее значимые аспекты расстройства и, потенциально, наиболее важные цели лечения. Учитывая, что воздействие травматического жизненного события является определяющей чертой КПТСР, важно исследовать, изменяется ли выражение симптома КПТСР в зависимости от типа травмы.

Мы использовали сетевой анализ для: а) изучения структурной валидности КПТСР в шести различных индексных травматических переживаниях (неожиданная смерть близкого человека, физическое или сексуальное насилие, угрожающий жизни несчастный случай, угрожающая жизни болезнь, стихийное бедствие, детская политравматизация) и б) изучения различий в общей значимости (т.е. центральной значимости) конкретных кластеров симптомов в шести индексных травматических событиях.

Данные были взяты из общих обследований населения в США (N=1839), Великобритании (N=1051), Израиле (N=1003) и Республике Ирландия (N=1020). В каждом случае участники были набраны из существующих онлайн-исследовательских групп, которые отражают общую популяцию каждой страны. В общей сложности в четырех выборках приняли участие 4913 взрослых. Их средний возраст составлял 44,9±15,0 лет (диапазон 18-90 лет), причем 60,5% составляли женщины. Клинические данные были также объединены из трех когорт пациентов (N=588, средний возраст 39,6±12,2 года, 54% женщин), набранных из травматологического центра Национальной службы здравоохранения в Шотландии.

Травматическое воздействие измерялось с помощью Контрольного Списка Жизненных Событий для DSM-5 (the Life Events Checklist for DSM-5)<sup>2</sup> или Международной Шкалы Травматического Воздействия (the International Trauma Exposure Measure)<sup>3</sup>. Опросник Детской Травматизации (The Childhood Trauma Questionnaire)<sup>4</sup> также использовался в клинических образцах для измерения воздействия детской травмы. Симптомы КПТСР оценивались с помощью международного опросника травм<sup>5</sup>.

Участники из выборки сообщества были разделены на шесть групп в зависимости от их индекса травмы: неожиданная смерть близкого человека (28,4%, N=1393), физическое/сексуальное насилие (19,3%, N=949), опасный для жизни несчастный случай (15,2%, N=745), опасная для жизни болезнь (8,3%, N=409) и стихийное бедствие (6,2%, N=307). Все участники клинической выборки сообщили о множественных травматических жизненных событиях в детстве и, таким образом, были отнесены к группе детской политравматизации.

Симптомные сети оценивались отдельно в каждой подвыборке травм с помощью R-пакета Isingfit, используя значение гиперпараметра по умолчанию 0,25. Результирующие сети визуализировались с помощью пакета R qgraph<sup>6</sup>. Этот пакет визуализирует сети как узлы (точки в пространстве, отражающие симптомы) и ребра (линии, соединяющие узлы, указывающие на наличие, направление и силу ассоциаций). Общая важность/влияние каждого узла симптома определялась с использованием показателя ожидаемого влияния (ОВ) центральной значимости. ОВ вычисляется путем суммирования Весов ребер данного узла и, таким образом, дает указание на прямое влияние узла на все другие узлы в данной сети<sup>7</sup>. Мы проверили наличие достоверных различий в ОВ между группами травм с помощью непараметрических тестов перестановок<sup>8</sup>.

Сети, значения ОВ и результаты тестов перестановок доступны по адресу <https://www.traumameasuresglobal.com/pa2020>. Значения ОВ были весьма противоречивы в разных группах, что позволяет предположить, что конкретные кластеры симптомов имели различную релевантность в зависимости от типа индексной травмы. Это было подтверждено тестами перестановок, при этом 31% значений ОВ достоверно различались между группами травм ( $\alpha=0,05$ ).

Для тех, кто пережил несчастные случаи или нападения, избегание было особенно влиятельным симптомокомплексом. Чувство текущей угрозы и нарушения в отношениях были влиятельными узлами для тех, кто находился в группе заболевания. Избегание и нарушения в отношениях были высокими в ОВ для тех, кто пережил неожиданную смерть любимого человека. Для тех, кто пережил стихийное бедствие, избегание и негативная самооценка были высокими в ОВ. Наконец, негативное самосознание было особенно важно для политравматизированной выборки.

Преобладание чувства угрозы в группе заболевания может свидетельствовать о страхе рецидива. Центральная роль избегания в несчастных случаях и нападениях может предполагать, что люди менее склонны ставить себя в положение, в котором эти события могут повториться. Политравматизация, особенно в детском возрасте, может привести к неспособности развить соответствующие возрасту компетенции, что, в свою очередь, может привести к ощущению себя уязвимым, беспомощным, неполноценным и непривлекательным.

Эти результаты имеют важное значение для лечения КПТСР с использованием лично-ориентированных подходов. Ранее мы утверждали<sup>9</sup>, что симптомы КПТСР могут быть целевыми и приоритетными в терапии в соответствии с тяжестью или выраженностью данного кластера, наряду с готовностью пациента бороться с этими симптомами. Теперь мы приводим доказательства того, что экспрессия и структура симптомов КПТСР связаны с событием ключевой травмы. Поэтому при планировании лечения может быть полезно расставлять приоритеты между различными кластерами симптомов в зависимости от ключевой травмы.

Дальнейшие исследования по изучению значимости различных кластеров симптомов при ПТСР имеют важное

значение и могут способствовать эффективному и ответственному планированию лечения.

**Thanos Karatzias<sup>1,2</sup>, Mark Shevlin<sup>3</sup>, Philip Hyland<sup>4,5</sup>, Menachem Ben-Ezra<sup>6</sup>, Marylène Cloitre<sup>7,8</sup>, Marcin Owkzarek<sup>5</sup>, Eoin McElroy<sup>9</sup>**

<sup>1</sup>School of Health & Social Care, Edinburgh Napier University, Edinburgh, UK; <sup>2</sup>NHS Lothian, Rivers Centre for Traumatic Stress, Edinburgh, UK; <sup>3</sup>Ulster University, School of Psychology, Derry, Northern Ireland; <sup>4</sup>Department of Psychology, Maynooth University, Kildare, Ireland; <sup>5</sup>Centre for Global Health, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland; <sup>6</sup>School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel; <sup>7</sup>National Center for PTSD Dissemination and Training Division, VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, CA, USA; <sup>8</sup>Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Stanford University, Stanford, CA, USA; <sup>9</sup>Department of Neuroscience, Psychology and Behaviour, University of Loughborough, Loughborough, UK

Перевод: Шишорин Р.М. (Москва)  
Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

#### Библиография

1. Reed JM, First MB, Kogan CS et al. *World Psychiatry* 2019;18:3-19.
2. Weathers FW, Keane TM. *J Trauma Stress* 2007;20:107-21.
3. Hyland P, Karatzias T, Shevlin M et al. *Psychol Trauma* (in press).
4. Bernstein DP, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: a retrospective self-report*. San Antonio: Psychological Corporation, 1998.
5. Cloitre M, Shevlin M, Brewin C et al. *Acta Psychiatr Scand* 2018;138:536-46.
6. Epskamp S, Cramer AO, Waldorp LJ et al. *J Stat Softw* 2012;48:1-18.
7. Robinaugh DJ, Millner AJ, McNally RJ. *J Abnorm Psychol* 2016;125:747-57.
8. Van Borkulo CD, Borsboom D, Epskamp S et al. *Sci Rep* 2014;4:5918.
9. Karatzias T, Cloitre M. *J Trauma Stress* 2019;32:870-6.

DOI:10.1002/wps.20795

## Эффективность когнитивной ремедиации при состоянии сверхвысокого риска развития психоза

Glenthøj L, Mariegaard L, Fagerlund B et al. Effectiveness of cognitive remediation in the ultra-high risk state for psychosis. *World Psychiatry*. 2020;19(3):401-402.

Лица со сверхвысоким риском (СВР) психоза страдают значительным когнитивным дефицитом, который может препятствовать функциональному восстановлению<sup>1</sup>. Благоприятное влияние когнитивной ремедиации на когнитивные способности и функционирование задокументировано у лиц с установленным психозом<sup>2,3</sup>, но мало что известно о влиянии этого вмешательства на тех, кто находится в СВР по поводу психоза.

Когнитивная ремедиация потенциально может быть более полезной в состоянии СВР психоза, чем на более поздних стадиях заболевания, благодаря потенциалу большей пластичности мозга<sup>4,5</sup>. По этой же причине, уменьшенные дозы могут быть достаточны для того, чтобы произвести изменение.

Рандомизированное, ослепленное по оценке, параллельное групповое клиническое исследование превосходства под названием FOCUS является до сих пор крупнейшим исследованием, в котором сообщается о возможности и эффективности интенсивной нейрокогнитивной и социальной когнитивной ремедиации в состоянии СВР.

Участники в возрасте 18–40 лет, удовлетворявшие критериям СВР комплексной оценки психических состояний группы СВР (CAARMS), были набраны в фокус – исследовании из психиатрических стационаров и амбулаторных учреждений в подведомственной территории Копенгагена, Дания, с апреля 2014 г. по декабрь 2017 г.<sup>6</sup>

По завершении базовых оценок участники были рандомизированы либо на 20 нед когнитивной ремедиации в качестве дополнения к стандартному лечению (СТЛ+КР), либо только на стандартное лечение (СТЛ). Рандомизация была стратифицирована по текущему использованию антипсихотических препаратов (да/нет) и IQ-баллу ( $\leq 100$ / $> 100$ ).

Вмешательство КР включало в себя два часа группового тренинга (один час нейрокогнитивного тренинга с последующим 15-минутным сеансом переходного сеанса и один час социального когнитивного тренинга) один раз в неделю в общей сложности 20 нед. Для этого группового тренинга мы использовали нейропсихологический образовательный

подход к когнитивной ремедиации (NEAR)<sup>7</sup> и учебные пособия по социальному познанию и взаимодействию (SCIT)<sup>8</sup>. Кроме того, участники получили 12 индивидуальных сеансов с когнитивно-поведенческим форматом, предназначенным для максимального переноса эффекта КР в их повседневную жизнь.

СТЛ состояла из регулярных контактов с медицинскими работниками в стационарных и амбулаторных учреждениях, включающих мониторинг медикаментозного лечения и поддерживающее консультирование, но не когнитивную реабилитацию.

В общей сложности 146 человек с СВР были отнесены либо к СТЛ, либо к СТЛ+КР. Социально-демографические переменные были хорошо сбалансированы между группами. Группа СТЛ+КР посещала в среднем  $10,9 \pm 7,6$  сеансов когнитивной реабилитации и имела в среднем  $11,9 \pm 16,4$  ч общей нейрокогнитивной тренировки.

Сравнение между двумя группами непрерывных исходов при прекращении лечения и при 12-месячном наблюдении проводилось с использованием обобщенной линейной модели, скорректированной на стратификационные переменные и исходные дисбалансы, при этом отсутствующие данные обрабатывались множественными ( $m=100$ ) подстановками.

При прекращении лечения мы не обнаружили межгрупповых различий по первичному результату, то есть глобальному нейрокогнитивному индексу, индексированному по сводному баллу оценки когнитивных способностей при шизофрении (BACS) ( $b=-0,125$ , 95% ДИ: от  $-0,423$  до  $0,172$ ,  $p=0,41$ ). Мы также не обнаружили влияния лечения на вторичные исходы, то есть баллы по шкале личностных и социальных показателей (PSP), краткой психиатрической рейтинговой шкале (BPRS-E), шкале оценки негативных симптомов (SANS) и шкале оценки депрессии Мондтгомери-Асберга (MADRS).

Что касается результатов исследования, то мы обнаружили влияние лечения на общий балл латентности теста распознавания эмоций (ERT) и латентность счастья, печали и страха в ERT ( $b$  от  $-152,0$  до  $-226,8$ ;  $p$  от  $0,01$  до  $0,002$ ),