

Расстройства, непосредственно связанные со стрессом

МКБ-11: Клинические описания и диагностические требования (перевод выдержки: 6B40 ПТСР, 6B41 комплексное ПТСР, 6B42 пролонгированное расстройство горя — начало)

Существенные (обязательные) признаки

- Для постановки диагноза необходима подверженность событию или ситуации (кратко- или длительной) крайне угрожающего или ужасающего характера. К таким событиям относятся, в том числе: непосредственное переживание природных или антропогенных катастроф, участия в боевых действиях, тяжёлых аварий, пыток, сексуального насилия, террористических актов, нападения или острого жизнеугрожающего заболевания (например, инфаркта миокарда); присутствие при угрозе нанесения травмы или гибели других людей, произошедших внезапно, неожиданно или насильственно; известие о внезапной, неожиданной или насильственной смерти близкого человека.
- Вслед за травматическим событием или ситуацией развивается характерный синдром длительностью не менее нескольких недель, включающий **все три** следующих ключевых элемента:

■ **Повторное переживание травматического события в настоящем:** оно не просто вспоминается, а переживается как происходящее снова, здесь и сейчас. Обычно это проявляется в форме ярких навязчивых воспоминаний или образов; флешбэков, которые могут варьировать от лёгких (преходящее ощущение, что событие происходит снова) до тяжёлых (полная утрата осознания актуального окружения); либо повторяющихся сновидений или кошмаров, тематически связанных с травматическим событием. Повторное переживание, как правило, сопровождается сильными или непереносимыми эмоциями (страх, ужас) и выраженными телесными ощущениями. Повторное переживание в настоящем может также включать чувство погружения в те же интенсивные эмоции, которые испытывались во время травматического события, без выраженного когнитивного компонента, и возникать в ответ на напоминания о событии. Размышлений о событии или воспоминания о тех эмоциях, которые человек тогда испытал, недостаточно для соответствия критерию повторного переживания.

■ **Намеренно избегаются напоминания,** способные вызвать повторное переживание травматического события. Намеренное избегание может принимать форму активного внутреннего избегания мыслей и воспоминаний, связанных с событием, либо внешнего избегания людей, разговоров, видов деятельности или ситуаций, напоминающих о событии. В тяжёлых случаях человек может изменить свою среду (например, переехать в другой город или сменить работу), чтобы избежать напоминаний.

■ **Сохраняющееся восприятие повышенной актуальной угрозы** — например, проявляющееся гипербдительностью или усиленной реакцией испуга на такие стимулы, как неожиданные звуки. Гипербдительные лица постоянно остерегаются опасности и ощущают, что они сами или их

близкие находятся под непосредственной угрозой — либо в конкретных ситуациях, либо в целом. Они могут вырабатывать новые модели поведения, направленные на обеспечение безопасности (например, не садиться спиной к двери, многократно проверять зеркала заднего вида в автомобиле).

- Нарушения приводят к значимому снижению функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование сохраняется, то лишь за счёт значительных дополнительных усилий.

Дополнительные клинические признаки

- К распространённым симптоматическим проявлениям ПТСР могут также относиться: общая дисфория, диссоциативные симптомы, соматические жалобы, суицидальные мысли и поведение, социальная отгороженность, злоупотребление алкоголем или наркотиками с целью избежать повторного переживания или справиться с эмоциональными реакциями, тревожные симптомы (включая панику), а также obsessions или compulsions в ответ на воспоминания или напоминания о травме.
- Эмоциональное переживание лиц с ПТСР часто включает гнев, стыд, грусть, унижение или вину, в том числе вину выжившего.

Граница с нормой (диагностический порог)

- Сам факт подверженности событию или ситуации крайне угрожающего или ужасающего характера не означает наличия ПТСР. Многие люди переживают такие стрессоры, не развивая расстройства. Клиническая картина должна соответствовать всем диагностическим требованиям для постановки диагноза.

Особенности течения

- Начало ПТСР может произойти в любой период жизни после подверженности травматическому событию.
- Симптомы ПТСР обычно манифестируют в течение 3 месяцев после подверженности травматическому событию. Однако отсроченное появление симптоматики возможно и спустя многие годы после травмы.
- Симптомы и течение ПТСР могут значительно варьировать во времени и между пациентами. Рецидив симптомов может наступать в ответ на напоминания о травматическом событии или вследствие новых жизненных стрессоров или травм. У части пациентов симптомы могут сохраняться без облегчения в течение месяцев и лет.
- Приблизительно у половины лиц с диагнозом ПТСР наступает полное выздоровление в течение 3 месяцев от начала симптомов.

Возрастные особенности (developmental presentations)

- ПТСР может возникать в любом возрасте, однако реакции на травматическое событие — то есть ключевые элементы характерного синдрома — могут проявляться по-разному в зависимости от возраста и стадии развития.

- Формирующиеся когнитивные способности и ограниченные вербальные возможности самоотчёта у маленьких детей (например, до 6 лет) затрудняют оценку наличия повторного переживания, активного избегания внутренних состояний и восприятия повышенной актуальной угрозы. Оценка симптомов не должна основываться исключительно на сообщениях ребёнка о внутренних переживаниях; необходимо использовать также наблюдения родителей за поведенческими симптомами, возникшими после травмы.
- У детей младшего возраста ключевые симптомы, поддерживающие диагноз ПТСР, часто проявляются поведенчески: например, в виде травма-специфичных воспроизведений в повторяющейся игре или рисунках, пугающих сновидений без ясного содержания или ночных страхов, нехарактерной импульсивности. При этом дети могут не выглядеть подавленными, рассказывая или разыгрывая травматический опыт, несмотря на значимое влияние на психосоциальное функционирование и развитие. Прочие проявления ПТСР у детей дошкольного возраста могут быть менее травма-специфичными и включать как тормозящие, так и расторможенные формы поведения. Например, гипервигильность может проявляться учащением и усилением вспышек гнева, сепарационной тревогой, регрессом навыков (например, речевых, опрятности), усилением возрастных страхов или чрезмерной плаксивостью. Внешнее избегание или проявления воспроизведения травматического опыта могут выражаться в появлении вызывающего поведения, защитных или спасательных стратегий, ограничения исследовательской активности или нежелания вовлекаться в новые виды деятельности, чрезмерного поиска подтверждения от доверенного взрослого.
- Ограниченная способность рефлексировать и сообщать о внутренних состояниях также может быть характерна для части детей школьного возраста и подростков. Помимо этого, дети и подростки могут более неохотно, чем взрослые, сообщать о своих реакциях на травматические события. В таких случаях может потребоваться больший упор на изменения в поведении — например, на усиление травма-специфичных воспроизведений или явного избегания.
- Дети и подростки могут отрицать переживания страдания или ужаса, связанные с повторным переживанием, и вместо этого сообщать об отсутствии аффекта или о других типах сильных эмоций в составе повторного переживания, включая недистрессовые.
- В подростковом возрасте признаком психосоциального снижения может быть нежелание реализовывать возрастные задачи развития (например, приобретение автономии от родителей). Самоповреждающее или рискованное поведение (например, употребление психоактивных веществ или незащищённый секс) встречается с повышенной частотой у подростков и взрослых с ПТСР.
- Оценка может быть затруднена у детей и подростков, когда утрата родителя или иного значимого взрослого связана с травматическим событием или вмешательством. Например, для ребёнка, который длительно подвергался насилию и был изъят из семьи, утрата основного заботящегося взрослого может быть субъективно важнее, чем те аспекты опыта, которые объективно могут рассматриваться как более угрожающие или ужасающие.
- У пожилых пациентов с ПТСР тяжесть симптомов может снижаться на протяжении жизни — особенно симптомов повторного переживания. Однако избегание ситуаций, людей, активностей или разговоров о событии, а также гипервигильность обычно сохраняются. Пожилые пациенты могут расценивать свои симптомы как нормальную часть жизни — что может быть связано со стыдом и страхом стигмы.

Культуральные особенности

- Значимость отдельных симптомов ПТСР может варьировать между культурами. Например, в одних группах гнев может оказаться наиболее заметным симптомом, связанным с травматическим воздействием, и наиболее культурно приемлемым способом выражения дистресса. В других культурных контекстах кошмарные сновидения могут иметь развитое культурное значение, повышающее их роль при оценке характерных симптомов ПТСР.
- Симптомы, центральные для ПТСР в отдельных культурах, могут не входить в стандартные описания расстройства и потому пропускаться клиницистами, не знакомыми с этими культурными формами выражения. Например, могут быть выражены соматические симптомы — головные боли (нередко со зрительной аурой), головокружение, ощущение жара в теле, одышка, желудочно-кишечный дискомфорт, тремор и ортостатическая гипотензия.
- Культуральная вариативность может влиять на дебют ПТСР и на смысл травматических стрессоров. Например, в одних культурах большему риску развития ПТСР приписываются события, затронувшие членов семьи, чем самого пациента; в других обществах особо травмирующим может быть наблюдение осквернения или разрушения религиозных символов либо лишение возможности провести похоронные обряды над умершими родственниками.
- Отдельные травма-связанные симптомы могут вызывать интенсивный страх в определённых культуральных контекстах в силу их связи со специфическими катастрофическими интерпретациями и могут провоцировать панические атаки в рамках ПТСР. Подобные катастрофические интерпретации могут влиять на траекторию расстройства и ассоциируются с большей тяжестью, хронификацией или худшим ответом на лечение. Например, ряд латиноамериканских пациентов может расценивать связанный с травмой тремор как предвестник пожизненного тяжёлого состояния *nervios* («нервы»), а некоторые камбоджийцы могут интерпретировать сердцебиение как признак «слабого сердца».
- Некоторые симптомы ПТСР могут не восприниматься как патологические в отдельных культурных группах. Например, навязчивые мысли могут считаться нормальным, а не болезненным феноменом. Важно оценивать наличие всех обязательных диагностических элементов, включая функциональное снижение, а не рассматривать какой-либо один симптом как патогномоничный.

Особенности, связанные с полом и гендером

- ПТСР чаще встречается у женщин.
- У женщин с диагнозом ПТСР чаще наблюдается более длительный период функционального снижения и более высокий уровень негативной эмоциональности и соматических симптомов в клинической картине.

Границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальный диагноз)

Граница с комплексным ПТСР

Диагностические требования к комплексному ПТСР включают все существенные признаки ПТСР, но дополнительно требуют наличия тяжёлых нарушений регуляции аффекта, стойких негативных представлений о себе и стойких трудностей в поддержании отношений.

Граница с пролонгированным расстройством горя

Как и при ПТСР, пролонгированное расстройство горя может возникать у лиц, переживших утрату близкого человека при травматических обстоятельствах. При ПТСР пациент *повторно переживает* событие или ситуацию, связанную со смертью; при пролонгированном расстройстве горя пациент может быть погружён в воспоминания об обстоятельствах смерти, но — в отличие от ПТСР — не переживает их как происходящие снова здесь и сейчас.

Граница с расстройством адаптации

При расстройстве адаптации стрессор может быть любой степени тяжести и любого типа и не обязательно носит крайне угрожающий или ужасающий характер. Реакция на менее тяжёлое событие или ситуацию, в остальном соответствующая симптоматическим критериям ПТСР, но превышающая по длительности острую реакцию на стресс, должна диагностироваться как расстройство адаптации. Кроме того, у многих лиц, переживших крайне угрожающее или ужасающее событие, развиваются симптомы, не достигающие полных диагностических требований ПТСР, — такие реакции, как правило, лучше квалифицировать как расстройство адаптации.

Граница с острой реакцией на стресс

Нормальные острые реакции на травматические события могут включать все симптомы ПТСР, в том числе повторное переживание, однако они начинают редуцироваться достаточно быстро (например, в течение 1 недели после прекращения события или выхода из угрожающей ситуации, либо в течение 1 месяца при продолжающемся стрессоре). Если в таких ситуациях показано клиническое вмешательство, обычно наиболее уместен диагноз острой реакции на стресс из главы 24 (факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение за медицинской помощью), то есть из категории, не относящейся к расстройствам.

Граница с шизофренией и другими первичными психотическими расстройствами

У части пациентов с ПТСР повторное переживание травматических событий протекает в виде тяжёлых флешбэков, которые могут иметь галлюцинаторное качество, или гипервигильность к угрозе достигает такой степени, что пациент может казаться параноидным. При ПТСР возможны слуховые псевдогаллюцинации, которые опознаются пациентом как собственные мысли внутреннего происхождения. Подобные симптомы не следует расценивать как признак психотического расстройства.

Граница с депрессивным эпизодом

При депрессивном эпизоде навязчивые воспоминания не переживаются как происходящие снова в настоящем — они переживаются как принадлежащие прошлому и обычно сопровождаются руминациями. При этом депрессивные эпизоды часто сопутствуют ПТСР, и при наличии оснований следует выставить дополнительный диагноз аффективного расстройства.

Граница с паническим расстройством

При ПТСР панические атаки могут провоцироваться напоминаниями о травматическом событии или возникать в контексте повторного переживания.

Панические атаки, целиком ограниченные такими контекстами, не требуют отдельного диагноза панического расстройства — вместо этого совместно с диагнозом ПТСР может быть применён уточняющий признак «с паническими атаками» (MB23.N). Однако при наличии неожиданных панических атак (то есть возникающих «без причины») и соответствии остальным диагностическим требованиям уместно дополнительно выставить диагноз панического расстройства.

Граница со специфической фобией

В отдельных случаях ситуационная или условнорефлекторная специфическая фобия может развиваться после подверженности травматическому событию (например, после нападения собаки). Специфическую фобию, как правило, можно отграничить от ПТСР по отсутствию повторного переживания события в настоящем. Хотя фобические реакции могут включать яркие воспоминания о событии, в ответ на которые возникает тревога, эти воспоминания переживаются как принадлежащие прошлому.

Граница с диссоциативными расстройствами

После травматического события может возникать широкий спектр диссоциативных симптомов: соматические симптомы, нарушения памяти, флешбэки или иные трансоподобные состояния, изменения идентичности и чувства собственного действия (agency), переживания деперсонализации — особенно в эпизодах повторного переживания. Если диссоциативные симптомы у пациента с ПТСР или комплексным ПТСР ограничиваются эпизодами повторного переживания, дополнительный диагноз диссоциативного расстройства не выставляется. Если значимые диссоциативные симптомы присутствуют вне эпизодов повторного переживания и удовлетворяются полные диагностические критерии — может быть выставлен дополнительный диагноз диссоциативного расстройства.

Граница с другими психическими расстройствами

Развитие психических расстройств, отличных от ПТСР или в сочетании с ним, после события или ситуации крайне угрожающего или ужасающего характера — явление частое. Таким образом, наличие в анамнезе потенциально травматического события само по себе не означает наличия ПТСР. Депрессивные расстройства, тревожные и связанные со страхом расстройства, расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ, и диссоциативные расстройства могут развиваться после потенциально травматических переживаний — часто в отсутствие ПТСР.

Существенные (обязательные) признаки

- Для постановки диагноза необходима подверженность событию или серии событий крайне угрожающего или ужасающего характера — чаще всего **длительных или повторяющихся событий, выход из которых затруднён или невозможен**. К таким событиям относятся, в том числе: пытки, пребывание в концентрационных лагерях, рабство, кампании геноцида и иные формы организованного насилия, длительное домашнее насилие, повторяющиеся сексуальное или физическое насилие в детстве.
- После травматического события развивается характерный синдром длительностью не менее нескольких недель, включающий **все три** следующих ключевых элемента ПТСР:
 - **Повторное переживание травматического события в настоящем:** оно не просто вспоминается, а переживается как происходящее снова, здесь и сейчас. Обычно — в форме ярких навязчивых воспоминаний или образов; флешбэков, варьирующих от лёгких (преходящее ощущение, что событие происходит снова) до тяжёлых (полная утрата осознания актуального окружения); либо повторяющихся сновидений или кошмаров, тематически связанных с травмой. Повторное переживание обычно сопровождается сильными или непереносимыми эмоциями (страх, ужас) и выраженными телесными ощущениями. Возможно также переживание погружения в те же интенсивные эмоции, которые испытывались во время травмы, без выраженного когнитивного компонента, и возникающее в ответ на напоминания. Размышлений о событии или воспоминания об эмоциях того периода недостаточно для соответствия критерию повторного переживания.
 - **Намеренно избегаются напоминания,** способные вызвать повторное переживание. Намеренное избегание может принимать форму активного внутреннего избегания мыслей и воспоминаний, связанных с событием, либо внешнего избегания людей, разговоров, видов деятельности или ситуаций, напоминающих о событии. В тяжёлых случаях человек может изменить свою среду (например, сменить жильё или работу).
 - **Сохраняющееся восприятие повышенной актуальной угрозы** — например, проявляющееся гипербдительностью или усиленной реакцией испуга на такие стимулы, как неожиданные звуки. Гипербдительные лица постоянно остерегаются опасности и ощущают, что они сами или их близкие находятся под непосредственной угрозой. Они могут вырабатывать новые модели поведения, направленные на безопасность (например, не садиться спиной к двери, многократно проверять зеркала заднего вида). **При комплексном ПТСР, в отличие от ПТСР, реакция испуга в ряде случаев может быть ослабленной, а не усиленной.**
- Картина характеризуется **тяжёлыми и пронизывающими нарушениями регуляции аффекта**. Примеры: повышенная эмоциональная реактивность на незначительные стрессоры, вспышки гнева, безрассудное или саморазрушительное поведение, диссоциативные симптомы под стрессом, эмоциональное оцепенение — в особенности неспособность переживать удовольствие или положительные эмоции.

- **Стойкие представления о себе как уменьшенном, поверженном или ничтожном**, сопровождающиеся глубокими и пронизывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности, связанными со стрессором. Например, пациент может испытывать вину за то, что не смог избежать неблагоприятных обстоятельств или поддался им, или за то, что не смог предотвратить страдания других.
- **Стойкие трудности в поддержании отношений и в переживании близости с другими.** Пациент может последовательно избегать отношений и социальной вовлечённости в целом, обесценивать их или проявлять к ним минимальный интерес. Альтернативно — могут возникать эпизодические интенсивные отношения, которые, однако, человеку трудно поддерживать.
- Нарушения приводят к значимому снижению функционирования в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах. Если функционирование сохраняется, то лишь за счёт значительных дополнительных усилий.

Дополнительные клинические признаки

- Могут присутствовать суицидальные мысли и поведение, злоупотребление психоактивными веществами, депрессивные симптомы, психотические симптомы и соматические жалобы.

Граница с нормой (диагностический порог)

- Сам факт подверженности крайнему и длительному либо повторяющемуся стрессору, выход из которого затруднён или невозможен, не означает наличия комплексного ПТСР. Многие люди переживают такие стрессоры, не развивая никакого расстройства. Клиническая картина должна соответствовать *всем* диагностическим требованиям для постановки диагноза.

Особенности течения

- Начало симптомов комплексного ПТСР возможно в любом возрасте — обычно после хронических, повторяющихся травматических событий и/или виктимизации, продолжающихся в течение месяцев или лет.
- Симптомы комплексного ПТСР в целом более тяжёлые и стойкие по сравнению с симптомами ПТСР.
- Подверженность повторяющимся травмам, особенно в раннем развитии, связана с большим риском развития комплексного ПТСР, а не ПТСР.

Возрастные особенности

- Комплексное ПТСР может возникать в любом возрасте, однако реакции на травматическое событие могут проявляться по-разному в зависимости от возраста и стадии развития. Поскольку комплексное ПТСР и ПТСР разделяют одни и те же ключевые элементы, положения раздела «Возрастные особенности» для ПТСР применимы и к детям и подросткам с комплексным ПТСР.

- Дети и подростки более уязвимы к развитию комплексного ПТСР, чем взрослые, при подверженности тяжёлой длительной травме — такой как хроническое жестокое обращение с детьми, участие в наркоторговле или использование в качестве детей-солдат. Многие дети и подростки, подвергшиеся травме, перенесли несколько травматических переживаний, что повышает риск развития комплексного ПТСР.
- Дети и подростки с комплексным ПТСР чаще сверстников демонстрируют когнитивные затруднения (проблемы с вниманием, планированием, организацией деятельности), которые могут негативно влиять на академическое и профессиональное функционирование.
- У детей пронизывающие нарушения регуляции аффекта и стойкие трудности в поддержании отношений могут проявляться регрессом, безрассудным или агрессивным поведением (к себе или другим), трудностями в отношениях со сверстниками. Нарушения регуляции аффекта могут также выражаться в диссоциации, подавлении эмоционального переживания и его выражения, избегании ситуаций или переживаний, способных вызвать эмоции — в том числе положительные.
- В подростковом возрасте употребление психоактивных веществ, рискованное поведение (небезопасный секс, опасное вождение, суицидальные самоповреждения) и агрессивное поведение могут особенно отчётливо выступать как выражения аффективной дисрегуляции и межличностных трудностей.
- Когда источником травмы являются родители или иные значимые взрослые (например, сексуальное насилие), у детей и подростков часто развивается дезорганизованный паттерн привязанности, который может проявляться непредсказуемым поведением по отношению к этим людям (например, чередованием потребности в близости, отвержения и агрессии). У детей младше 5 лет связанные с насилием нарушения привязанности могут включать также реактивное расстройство привязанности или расторможенное расстройство социального взаимодействия, которые могут сочетаться с комплексным ПТСР.
- Дети и подростки с комплексным ПТСР часто демонстрируют симптомы, согласующиеся с депрессивными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, расстройствами цикла «сон — бодрствование», синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, оппозиционно-вызывающим расстройством, расстройством социального поведения и сепарационным тревожным расстройством. Связь травматических переживаний с началом симптомов может помочь в проведении дифференциального диагноза. При этом другие психические расстройства также могут развиваться вслед за экстремально стрессовыми или травматическими переживаниями. Дополнительные сопутствующие диагнозы следует выставлять только в том случае, если симптомы не объясняются полностью комплексным ПТСР и удовлетворяются все диагностические критерии каждого расстройства.
- У пожилых пациентов клиническая картина комплексного ПТСР может определяться тревожным избеганием мыслей, чувств, воспоминаний и людей, а также физиологическими симптомами тревоги (усиленная реакция испуга, вегетативная гиперреактивность). У таких пациентов может возникать интенсивное сожаление по поводу влияния травматических переживаний на их жизнь.

Культуральные особенности

- Существует культуральная вариативность в выражении симптомов комплексного ПТСР. Например, в отдельных группах могут быть более выраженными соматические или диссоциативные симптомы — это связано с культуральными интерпретациями психологической, физиологической и духовной этиологии данных симптомов и высоких уровней возбуждения.
- С учётом тяжёлого, длительного или повторяющегося характера травматических событий, провоцирующих комплексное ПТСР, в клинической картине могут быть выражены коллективное страдание и разрушение социальных связей, сетей и сообществ — как фокус жалоб либо как значимые сопутствующие особенности.
- У мигрантских сообществ — особенно беженцев и просителей убежища — комплексное ПТСР может усугубляться аккультуративным стрессом и социальным окружением в принимающей стране.

Особенности, связанные с полом и гендером

- Женщины подвержены большему риску развития комплексного ПТСР.
- Женщины с комплексным ПТСР чаще демонстрируют более высокий уровень психологического дистресса и функционального снижения.

Границы с другими расстройствами и состояниями (дифференциальный диагноз)

Граница с расстройством личности

У многих пациентов с расстройством личности в анамнезе имеются травматические события — особенно в детстве, — а аффективная дисрегуляция может быть признаком как комплексного ПТСР, так и расстройства личности (особенно с пограничным паттерном). Тем не менее существует ряд отличий в специфических симптоматических профилях этих двух расстройств. Избегание напоминаний о травме и повышенное восприятие актуальной угрозы не являются диагностическими признаками расстройств личности. Интимные и межличностные отношения при комплексном ПТСР реже характеризуются страхом покинутости и нестабильностью, а скорее — избеганием и общим ощущением разъединённости. У лиц с комплексным ПТСР, как правило, формируется устойчиво негативный, но стабильный образ себя — в отличие от расстройств личности, при которых более типичен нестабильный образ Я. Тогда как для расстройства личности более характерны частые импульсивные действия, включая импульсивную суицидальность, суицидальные тенденции при комплексном ПТСР, как правило, реже, менее импульсивны и обладают более высокой летальностью. При соответствии диагностическим требованиям к обоим расстройствам целесообразность дополнительного диагноза расстройства личности зависит от конкретной клинической ситуации.

Граница с другими психическими, поведенческими и нейроонтогенетическими расстройствами

Поскольку диагностические требования к комплексному ПТСР включают все существенные признаки ПТСР, рекомендации разделов «Граница с нормой» и «Границы с другими расстройствами» для ПТСР применимы и к комплексному ПТСР.

Существенные (обязательные) признаки

- Для постановки диагноза необходимо наличие в анамнезе тяжёлой утраты (смерти) партнёра, родителя, ребёнка или иного близкого пациенту человека.

(Раздел 6B42 в исходном документе обрывается после первого критерия — продолжение в перевод не вошло.)