

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОЛОГИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И КОМПЛЕКСНОГО ПТСР

TO THE ISSUE OF ETIOLOGY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER
AND COMPLEX PTSD

Лощинин Г.А.

Рязанский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова

Аннотация:

В статье приводится теоретический обзор и анализ такого явления, как посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Освещены литературные данные, касающиеся изучения посттравматического стрессового расстройства – в историческом контексте от понимания ПТСР как явления, которое затрагивало только участников различных военных конфликтов, до сложного многофакторного явления, которое развивается в ответ на сильный стресс, а в комплексном варианте несет в себе травму и негативный опыт межличностного взаимодействия. Представлен анализ имеющихся проблем диагностики ПТСР, происходящих из-за различных представлений о природе травмирующего события, самого определения этого понятия разными авторами и их трактовкой ситуации травмы. В статье представлены факторы, приводящие к развитию ПТСР. Распространенность ПТСР определяется характером травмирующего события, его длительностью и частотой повторения. В ходе анализа исследований выяснилось, что на распространенность ПТСР влияют также пол, возраст, социально-культурные установки индивида. Вопрос о том, какие диагностические критерии соответствуют ПТСР, остается открытым и сегодня. В ходе системного анализа научной литературы приведены исследования, свидетельствующие о

Loschinin G.A.

Ryazan State Medical University

Abstract:

The article provides a theoretical overview and analysis of such a phenomenon as PTSD. The literature data on the study of the issue of post-traumatic stress disorder, in a historical context, from the definition of PTSD as a phenomenon that affected only participants in various military conflicts to a complex multifactorial phenomenon that develops in response to severe stress, is highlighted. In the complex version, it brings trauma and negative experience of interpersonal interaction. The article presents an analysis of the existing problems of diagnosing PTSD, arising from different ideas about the nature of a traumatic event, variations of definitions of this concept by different experts and their attitude to the trauma situation. The article presents the factors, that can lead to the development of PTSD. The prevalence of PTSD is determined by the nature of the traumatic event, its duration and frequency of recurrence. The analysis of studies revealed that the prevalence of PTSD is also influenced by gender, age, socio-cultural attitudes of the individual. In terms of systematic analysis of the scientific literature, studies that indicate that there are differences in the diagnostic criteria between ICD-11 and DSM-5 that affect the diagnostic results were cited. The introduction of such a concept as complex PTSD into modern science can complement the existing theories of the appearance and development of PTSD as a

том, что в диагностических критериях между МКБ-11 и DSM-5 имеются отличия, сказывающиеся на результатах диагностики. Введение в современную науку такого понятия, как комплексное ПТСР, может дополнить имеющиеся теории возникновения и развития ПТСР как многофакторного заболевания, имеющего в основе травму и негативный опыт межличностного взаимодействия. Диагностировать ПТСР как расстройство, которое появляется по причине воздействия травмы, проблематично, так как остаются вопросы, каким же критериям должна соответствовать травма, и какова же все-таки связь между воздействием и понятием травмы.

Ключевые слова:

ПТСР, комплексное ПТСР, травмирующие событие, стресс, психологическая травма.

multifactorial disease based on trauma and negative experience of interpersonal interaction..

Keywords:

PTSD, Complex PTSD, traumatic incident, stress, psychological trauma.

Проявление и развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) зависит от множества различных обстоятельств: локальные военные конфликты, изменение социального статуса, снижение уровня дохода, жизнь в условиях массовых ограничений (пандемия), потеря близкого и т.д. [1,2].

Стоит заметить, что изначально, до проведения масштабных исследований по данному вопросу, ПТСР рассматривалось как специфическое военное расстройство [2]. Так, с конца XIX до второй половины XX века синдром, сходный с тем, который в настоящее время принято считать за ПТСР, описывался у людей, принимавших участие в боевых действиях [3-5].

Проблема стала вновь актуальной во второй половине XX века, когда в мире выросло число локальных военных конфликтов, а дисциплина и моральный дух солдат не спасали их от тяжелых последствий, которые не исчезали со временем.

Ряд авторов склоняются к тому, что участие человека в военном конфликте является нетипичным видом стрессовой ситуации. Сама обстановка военного конфликта, если ее рассматривать как психотравмирующую ситуацию, как правило пролонгирована по времени. Участник боевых действий сталкивается с дефицитом времени при принятии решения, его жизнь находится под угрозой. Испытываемый при этом сильный психоэмоциональный стресс проходит в условиях, полных ограничений и невозможности мгновенно повлиять на происходящее. Учитывая все вышеперечисленное, некоторые авторы призывают относить стресс военного конфликта в отдельную группу психопатологии [7,8].

Был выделен ряд существенных отличий в картине психических нарушениях в ситуациях, представляющих угрозу жизни, и в обычных условиях. Во-первых, в ситуациях массовой угрозы жизни и здоровью психопатологические симптомы развиваются стреми-

тельнее и охватывают большее число людей. Во-вторых, в момент массового чрезвычайного происшествия проявления нарушений носят схожий характер для всех групп населения. В-третьих, с прекращением массового бедствия пострадавшие приступают к устранению последствий случившегося, для скорейшего возвращения к нормальной жизни [9,10].

Классификация происшествий, чрезвычайных ситуаций, как и определение того, какое событие «самое стрессовое», провоцирующее ПТСР, еще долгое время будет предметом споров и исследований в научном сообществе. Дискуссии ведутся даже в том, каким термином называть причину расстройства: «стресс», «катастрофа», «чрезвычайные ситуации», «экстремальные ситуации», «событие». Некоторые исследователи идут еще дальше и вводят свои критерии стресса, собирая воедино части различных психологических, психофизиологических и социальных теорий. Другие авторы склонны относить к чрезвычайным ситуациям практически все события, выбивающиеся из привычного уклада жизни человека, тем самым расширяя понятие стресса и постстрессовых реакций [11]. Вероятно, такого рода споры будут идти еще очень долгое время, когда-нибудь точно станет известно, какую терминологию использовать, что считать началом расстройства. На данный момент, взяв за отправную точку то, что ПТСР развивается в ответ на тяжелый стресс, важно помнить о пагубных последствиях, к которым может приводить стресс, о том, посредником каких психических нарушений он может являться [10].

Сам стресс по степени проявления может быть острым и хроническим. В первый месяц после случившейся психологической травмы наблюдается острая реакция на стресс. Если же проявление реакции на стресс затягивается на месяцы или даже годы, то такую реакцию принято относить к хронической [6].

Распространенность ПТСР определяется характером травмирующего события, его длительностью и частотой повторения [3]. В ходе исследований выяснилось, что на распространенность ПТСР влияют также пол, возраст, социально-культурные установки индивида. Так, посттравматические стрессовые реакции среди населения чаще наблюдаются у женщин, чем у мужчин [4]. Некоторые авторы утверждают, что взрослые женщины склонны к более болезненному переживанию ситуации, травмирующей психику, по сравнению с мужчинами. Однако, среди детей ситуация противоположная: мальчики более чувствительны к сходным по характеру стрессорам, чем девочки [3].

ПТСР наблюдается у людей всех возрастов. Интересно, что у детей ПТСР развивается чаще, чем у взрослых. Имеются данные, показывающие, что около 80% детей, получивших ожоги, через 1-2 года после травмы приобретают ПТСР, среди взрослых – только в 30% случаях [4,5]. Авторы данного исследования полагают, что это связано с невозможностью детей справиться с психологической травмой, обусловленной произошедшей ситуацией, ввиду их неспособности сформировать подходящие копинг-стратегии и защитные механизмы в ответ на травмирующее событие. По словам этих же авторов, у пожилых людей реакция на травмирующее событие протекает более болезненно по сравнению с людьми среднего возраста по причине возрастной ригидности, которая имеет органическую природу [2,3,6].

Вопрос о том, какие диагностические критерии соответствуют ПТСР остается открытым и сегодня. К примеру, уже в DSM-5 диагностические критерии пересматрива-

ются, вносятся изменения касательно того, что следует считать психологической травмой. Так, из кластера «А» убирается эмоциональная реакция на травматический опыт в виде чувства беспомощности, страха и ужаса, но в анамнезе при этом обязательно должно присутствовать реальное событие, связанное с угрозой жизни человека [13].

В 2017 году была опубликована работа Blair E. Wisco et al., в которой проводилось исследование соответствия постановки диагноза ПТСР критериям, представленным в DSM-IV, DSM-5 и МКБ-11 у ветеранов боевых действий США в рамках Национального исследования здоровья и жизнестойкости у ветеранов. Данный проект наглядно демонстрирует то, как диагностические критерии разных классификаций могут влиять на результаты диагностики, и на то, как мы можем видеть и оценивать опасность распространения ПТСР среди населения [14].

Обнаружено, что развитие ПТСР зависит также от субъективного представления о продолжительности действия психической травмы: чем более продолжительным является травматическое событие, тем более ожидаемо развитие посттравматического стрессового расстройства. Эта связь исследователями объясняется повышением активности мозга в области миндалины, сопровождающееся чувством страха, как реакция на сильное травматическое событие [14].

Было установлено, что на развитие посттравматического стрессового расстройства влияет множество факторов: (1) содержание события, повлекшего за собой травму – война, природная или техногенная катастрофа, насилие и др.; (2) сила негативного стрессового воздействия – легкая, умеренная, тяжелая, очень тяжелая, катастрофическая; (3) продолжительность стресса – кратковременная, длительная, хроническая; (4) внезапность – острое или хроническое воздействие стресса; (5) число жертв события – массовое, индивидуальное; (6) восприятие события самим индивидом; (7) социально-психологическая ситуация в месте события, в которой оказалась психологически травмированная личность, то есть фактор внешней среды; (8) оценка индивидом последствий произошедшего события, то есть прогностическая функция [6,12,13]. Таким образом, в настоящее время не без оснований высказана идея о многофакторности развития ПТСР [13,15,18].

Невозможность прийти к использованию одних и тех же статистически равных критериев диагностики для двух классификаций, по всей видимости, заставляет научное сообщество искать компромисс и вводить такое понятие, как комплексное ПТСР [13]. Международные исследования находят статистически значимые различия между простым ПТСР и комплексным ПТСР.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство имеет в своей основе травму и негативный опыт межличностного взаимодействия, которого невозможно было избежать. Например, ребенок находится под воздействием множества стрессовых факторов, родитель в данном случае не помогает ребенку справиться со стрессом, а лишь усугубляет ситуацию. Исследования показывают, что сексуальное насилие над детьми, сопряженное с травмой; высокая подверженность стрессу; нереалистичные, чаще негативные представления о себе; низкий уровень социальной активности повышают вероятность появления комплексного ПТСР, тесно связанного с проявлениями тревожных и депрессивных расстройств и склонности к суицидальным тенденциям [3,10,17].

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство, как правило, берет свое начало в ранних детских травмах. Отсюда можно предположить, что оно связано с глубинными убеждениями человека о самом себе, о мире и о людях. Психологическая травма здесь выступает как фильтр, пропускающий информацию, создающий когнитивные искажения, которыми человек пользуется всю свою сознательную жизнь. Так, например, люди с комплексным ПТСР имеют в два раза больше шансов стать обладателями хронического соматического заболевания, риск суицидальной попытки повышается более чем в 2 раза [12,14].

Опираясь на представления о природе комплексного ПТСР, в рамках клинических наблюдений выяснилось, что межличностная травма является независимым фактором риска для развития комплексного посттравматического стрессового расстройства [15,16].

Травма становится одной из причин, создающей у ребенка нереалистичные представления о самом себе, нарушается возможность саморегуляции эмоциональных проявлений, что связано с нарушением нейробиологических систем, корректирующих эмоции и реакции на стрессовые ситуации [17,18].

Данное обстоятельство становится еще одним поводом задуматься над тем, как сильно посттравматическое стрессовое расстройство влияет на психическое состояние людей, и не является ли оно одной из причин, запускающих, а может быть усугубляющих коморбидные психические заболевания.

Если массовый характер проявлений ПТСР изучался на примере военных действий, то индивидуальный характер таких проявлений изучен недостаточно. Теория комплексного ПТСР может способствовать пониманию индивидуальных характеристик переживания травмы с позиции нарушения механизма межличностного взаимодействия, которое можно рассматривать как вариант хронической психической травмы, с постоянным психоэмоциональным напряжением. Такие стрессы, связанные с разными ситуациями, могут повторяться годами или десятилетиями. Некоторые люди находятся в самом эпицентре негативной ситуации, другие являются ее очевидцами, такого рода травмы можно назвать социально-психологическими.

В период пандемии и различного рода техногенных катастроф, глобального изменения климата, важно уделить внимание этим явлениям, тому, как такие события переживаются, объясняются, принимаются в социуме, и проследить за тем, как средства массовой информации могут влиять на развитие и распространение ПТСР в популяции. Многие люди склонны исказить информацию, получаемую извне.

На сегодняшний день единое мнение исследователей по вопросу ПТСР и психологической травмы в целом состоит в том, что посттравматическое стрессовое расстройство – психогенное заболевание, запускаемое стрессом, с которым нашей психике невозможно совладать быстро и эффективно, используя ранее подходящие для этого решения.

Выводы

На сегодняшний день существует большое количество исследований, описывающих, дополняющих и уточняющих модели и определения посттравматического стрессового расстройства. Разные специалисты весь период исследования этого вопроса

имеют неоднозначные взгляды на феномен психологической травмы и обстоятельства к ней приводящие. По-видимому, это зависит как от теоретической, методологической ориентации исследователя, так и проблем, целей и задач, рассматриваемых в конкретном исследовании [1,19,20].

Остаются актуальными вопросы: что же есть психологическая травма, каков механизм ее воздействия? Каковы когнитивные изменения после наступления психологической травмы? Способны ли проявления ПТСР исчезнуть полностью?

Очевидно, что в науке нет еще четких, однозначных критериев определения психологической травмы. Данная тема является очень перспективной для эмпирического изучения. Нынешнее положение дел все больше подталкивает исследователей искать маркеры психологической травмы, обращая внимание на генетическую предрасположенность. В связи с высокой частотой возникновения разного рода опасных для жизни человека ситуаций, произошедших в последнее время, можно предположить, что ПТСР будет выявлено у большого количества населения, что потребует от специалистов предоставления актуальной рабочей программы помощи. Проблема ПТСР в современном обществе является настолько значимой, что представляет серьезную нагрузку на систему здравоохранения. Например, основной массив немедикаментозных методов лечения ПТСР может составить когнитивно-поведенческая терапия, ее эффективность доказана несколькими зарубежными исследованиями.

Восстановление и возвращение к повседневному спокойному существованию после психотравмирующего события – это процесс длительный по времени, не лишенный трудностей, требующий от специалиста профессионализма, а от клиента – понимания тяжести своей проблемы и готовности к действию.

Конфликт интересов отсутствует.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер; 2001.
2. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Институт психологии РАН; 2009.
3. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро-М; 1997.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Т. 1. Клиническая психиатрия. М.: Медицина; 1994.
5. Бразгунов И.П., Михайлов А.Н., Баль Л.В., и др. Сравнительный анализ психологических и посттравматических стрессовых состояний у детей и подростков, переживших чрезвычайные события // Безопасность и здоровье детей и подростков в современных условиях. 1999. С. 83-84.

REFERENCES:

1. Tarabrina NV. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. Saint-Petersburg: Piter; 2001. (In Russ).
2. Tarabrina NV. *Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: teoriya i praktika*. Moscow: Institut psikhologii RAS; 2009. (In Russ).
3. Popov JuV, Vid VD. *Sovremennaya klinicheskaya psixiatriya*. Moscow: Ekspertnoe byuro; 1997. (In Russ).
4. Kaplan GI, Syedok Bdzh. Vol. 1: *Klinicheskaya psixiatriya*. Moscow: Meditsina; 1994. (In Russ).
5. Brazgunov IP, Mihailov AN, Bal' LV et al. Sravnitel'nyy analiz psikhologicheskikh i posttravmaticheskikh stressovyh sostokanik u detek i podrostkov, perezhivshih chrezvychaknye sobytika. *Bezopasnost' i zdorov'e detey i podrostkov v sovremennyh usloviyah*. 1999:83-4. (In Russ).

6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: М.: Медицина; 2000.
7. Иванов А., Рубцов В., Жуматий Н., и др. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 4. С. 147-162.
8. Вострокнутов Н.В. Социально-психиатрические аспекты насилия к детям // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. № 2. С. 57-61.
9. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. М.: Медицина; 2005.
10. Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у лиц с психической травмой в детстве. В сб.: Материалы 13 Съезда психиатров России. М.; 2000. С. 103-104.
11. Мрыхин В.В., Петручик Л.Д. Динамика психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. В сб.: Материалы 13 Съезда психиатров России. М.; 2000. С. 105.
12. Sheehan D.V., et al. The Mini-International neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 // The Journal of Clinical Psychiatry. 1998. Vol. 59, №20. P. 22-33.
13. Ganzel B., Casey B.J., Glover G., et al. The aftermath of 9/11: Effect of intensity and recency of trauma on outcome // Emotion. 2007. Vol. 7, №2. P. 227-238. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.227
14. Wisco B.E., Marx B.P., Miller M.W., et al. A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military veterans // Journal Affect Disord. 2017. Vol. 223, №1. P. 17-19. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.006
15. Maercker A. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // World Psychiatry. 2013. Vol. 12. №3. P. 198-206. doi: 10.1002/wps.20057
16. Willey-Blackwell. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: Encyclopedia of Clinical Psychology. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
17. Ben-Ezra M., et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel // Depression and Anxiety. 2018. Vol. 35. №3. P. 264-274. doi: 10.1002/da.22723
6. Aleksandrovskiĭ JuA. *Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva*. Moscow: Meditsina; 2000. (In Russ).
7. Ivanov A, Rubcov V, Zhumatiy N, et al. *Psikhologicheskie posledstviya uchastiya voennosluzhashhih v boevykh dejstviyah v Chechenskoy respublike i ih mediko-psikhologo-social'naya korrekciya*. *Moskovskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal*. 2003;(4):147-62. (In Russ).
8. Vostroknutov NV. *Social'no-psixiatricheskie aspekty nasiliya k detyam*. *Social'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 1994;(2):57-61. (In Russ).
9. Litvincev SV, Snedkov EV, Reznik AM. *Boevaya psikhicheskaya travma: rukovodstvo dlya vrachey*. Moscow: Meditsina; 2005. (In Russ).
10. Korolenko CP, Zagoruyko EN. *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroystvo u lic s psikhicheskoy travmoy v detstve*. In: *Materialy 13 S'ezda psixiatrov Rossii*. Moscow; 2000. P. 103-4. (In Russ).
11. Mryhin VV, Petruchik LD. *Dinamika psihicheskikh rasstrojstv u likvidatorov posledstvij avarii na ChAeS*. In: *Materialy 13 S'ezda psixiatrov Rossii*. Moscow; 2000. P. 105. (In Russ).
12. Sheehan DV, et al. *The Mini-International neuro-psychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59(20): 22-33.
13. Ganzel B, Casey BJ, Glover G, et al. *The aftermath of 9/11: Effect of intensity and recency of trauma on outcome*. *Emotion*. 2007;7(2):227-38. doi: 10.1037/1528-3542.7.2.227
14. Wisco BE, Marx BP, Miller MW et al. *A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military MARK veterans*. *Journal of Affective Disorders*. 2017;223(1):17-9. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.006
15. Maercker A. *Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11*. *World Psychiatry*. 2013;12(3):198-206. doi: 10.1002/wps.20057
16. Willey-Blackwell. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. In: *Encyclopedia of Clinical Psychology*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
17. Ben-Ezra M, et al. *Posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel*. *Depression and Anxiety*. 2018;35(3):264-74. doi: 10.1002/da.22723

18. Smith M.Y., et al. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review // *Psycho-Oncology*. 1999. Vol. 8, №6. P. 521-537. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6%3C521::AID-PON423%3E3.0.CO;2-X
19. Hogberg G., et al. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers – A randomized controlled trial // *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 61, №1. P. 54-61. doi: 10.1080/08039480601129408
20. Cusack K., et al. Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis // *Clinical Psychology Review*. 2016. №43. P. 128-141. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003
21. Иванов В.Г., Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю., и др. Психологическая помощь в онлайн-режиме при кризисных состояниях и трудных жизненных ситуациях в связи с болезнью // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2020. Т. 8, №2 (29). С. 160-171. Доступно по ссылке: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=427>. Ссылка активна на 31 марта 2021. doi: 10.23888/humJ20202160-171

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Лощинин Григорий Андреевич – ассистент кафедры клинической психологии, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова; 390026, Рязань, ул. Высоковольная, д. 9. E-mail: gr191s91@gmail.com

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 01.04.2021.

ДАТА ПРИНЯТИЯ В ПЕЧАТЬ: 01.06.2021.

ССЫЛКА ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Лощинин Г.А. К вопросу об этиологии посттравматического стрессового расстройства и комплексного ПТСР // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2021. Т. 9, №2 (33). С. 125–132. Доступно по: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=478>. Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi: 10.23888/humJ20212125-132

18. Smith MY, et al. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*. 1999;8(6):521-37. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6%3C521::AID-PON423%3E3.0.CO;2-X
19. Hogberg G, et al. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007;61(1):54-61. doi:10.1080/08039480601129408
20. Cusack K, et al. Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2016;(43):128-41. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003
21. Ivanov VG, Nikolaev EL, Lazareva EYu, et al. Online psychological assistance in crisis and in difficult situations due to illness. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2020;8(2):160-71. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=427> Accessed: 2021 March 31. (In Russ). doi: 10.23888/humJ20202160-171

INFORMATION ABOUT AUTHOR:

Loshchinin Grigory A. – lecturer at the Department of Clinical Psychology, Ryazan State Medical University; 9, Vysokovoltnaya street, 390026, Ryazan. E-mail: gr191s91@gmail.com

PAPER RECEIVED: 01.04.2021.

PAPER ACCEPTED: 01.06.2021.

REFERENCE FOR CITING:

Loschinin GA. To the issue of etiology of posttraumatic stress disorder and complex PTSD. *Personality in a changing word: health, adaptation, development*. 2021;9(2):125–32. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=478>. Accessed: dd Month yyyy. (In Russ). doi: 10.23888/humJ20212125-132