

Когнитивно-бихевиоральный подход к лечению посттравматического стрессового расстройства

Роберт Лихи

(Медицинский колледж Уейл-Корнелл,
Американский Институт когнитивной
психотерапии, США, Нью-Йорк),

Рэнди Сэмпл

(Колумбийский Университет,
Американский Институт когнитивной
психотерапии, США, Нью-Йорк)

РЕЗЮМЕ

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – широко распространенное тревожное расстройство, часто сочетающееся с депрессией и химическими зависимостями. Авторы приводят диагностические критерии ПТСР, останавливаются на вопросах его распространенности и коморбидных нарушений. В статье также описывается теоретическая модель, объясняющая возникновение навязчивых образов, избегания и тревоги, а также их хронификацию. Изложен когнитивно-бихевиоральный подход к лечению, основанный на терапевтическом оживлении травматических воспоминаний, погружении с предупреждением реакции, когнитивном реструктурировании, изменении сопряженных с воспоминаниями когнитивных процессов и «переписывании сценария произошедшего» в воображении. Приведены исследования, подтверждающие эффективность этих приемов.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: КОГНИТИВНО- БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Концепция эмоционального расстройства, вызванного травмой, существует более ста лет. Тем не менее, психиатрический диагноз, известный под названием «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), совсем «молод». Впервые ПТСР было представлено в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980). В силу столь запоздалого признания этой диагностической единицы психиатрическим сообществом, многие важные вопросы, например такие, как распространенность ПТСР, предсказание выздоровления после травмы естественным образом, разработка эффективных методов лечения и оценка их эффективности, все еще находятся на ранних стадиях разработки.

В этой статье мы обсудим диагностические критерии ПТСР, рассмотрим вопрос его распростра-

ненности, сопоставив эти данные с известными данными о средовых влияниях и предрасполагающих личностных характеристиках. После краткого обзора эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии мы представим некоторые элементы данного вида лечения. В заключение мы представим детальный план когнитивно-бихевиорального лечения и клинические рекомендации.

Диагностические признаки

ПТСР – одно из тех редких психических расстройств, где мы можем выявить определенную причину. В соответствии с широко используемым четвертым изданием Диагностического и Статистического Руководства по психическим расстройствам (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), существенным диагностическим признаком ПТСР является возникновение определенных симптомов вслед за тем, как человек подвергнулся действию острого травматического стресса с угрозой смерти или тяжелого повреждения. Травматический опыт такого рода предполагает, что человек либо сам пережил повреждения или их угрозу, либо присутствовал при аналогичной травматизации другого человека. Реакция человека на такой опыт должна включать переживания интенсивного страха или ужаса, а также беспомощности.

Для постановки диагноза ПТСР в соответствии с критериями DSM-IV необходимо пережить экстремальный стресс и иметь характерное сочетание симптомов, присутствующих не менее одного месяца. Нарушение должно причинять пациенту клинически выраженный дискомфорт и ухудшать его функционирование. Если симптомы присутствуют дольше трех месяцев, диагностический код изменится с «острого» на «хронический». Если симптомы появляются после периода не менее шести месяцев с момента пережитого стресса, уточняется «отсроченное начало». Симптомы можно сгруппировать в три кластера.

Во-первых, травматическое событие должно постоянно повторно переживаться в одном из следующих вариантов:

- в виде вызывающих дискомфорт вторгающихся или периодически возникающих воспоминаний, образов, мыслей о событии;
- в ощущении того, что травмировавшее событие возвращается как будто наяву (что может включать иллюзии, галлюцинации и диссоциативные обратные видения – flashback), сопровождающимся, возможно, соответствующим поведением;
- ночных кошмаров (само событие или другие пугающие образы часто возвращаются в сновидениях);
- преувеличенного эмоционального дискомфорта при соприкосновении с внутренними или внешними сигналами, символизирующими травматическое событие;
- интенсивной физиологической реакции на сигналы, напоминающие человеку событие в целом или какие-то его фрагменты.

Во-вторых, избегание или эмоциональное оцепенение проявляется, по меньшей мере, в любых трех формах из перечисленных:

- в избегании видов деятельности, мест или людей, связанных с травматическим событием;
- ощущении укороченной перспективы будущего (например, в отсутствие ощущения того, что нормальная жизнь когда-либо вернется);
- избегании мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- снижении интереса к участию в когда-то вызывавших удовольствие видах деятельности;

- ощущении отделенности или эмоционального отчуждения от других людей;
- неспособности вспомнить важные аспекты травматического опыта;
- ощущении суженного спектра эмоциональных проявлений (например, неспособности испытывать чувство любви).

В-третьих, постоянная повышенная возбудимость, проявляющаяся в двух или более симптомах, таких как:

- нарушения сна;
- раздражительность или вспышки гнева;
- трудности сосредоточения;
- чрезмерная настороженность;
- повышенная реакция вздрагивания.

Хотя некоторые симптомы ПТСР имитируют признаки тревожных или депрессивных расстройств, при соответствующем расспросе диагноз может быть поставлен с легкостью. Краткий обзор доступных диагностических инструментов, которые включают структурированные клинические интервью, построенные на самоотчете опросники и психофизиологические пробы, можно найти в работе Т.М. Keane et al. [11].

При планировании лечения важно учитывать, что около 80 % пациентов с ПТСР могут иметь другой коморбидный диагноз психического расстройства. Наиболее часто с ПТСР сосуществуют большая депрессия (major depression), дистимия, генерализованное тревожное расстройство, алкогольная или химическая зависимость, соматизация и паническое расстройство [16]. С учетом такой коморбидности лечение должно быть сфокусировано на наиболее серьезных на данный момент жалобах пациента.

Если симптомы присутствуют дольше трех месяцев, ПТСР считается хроническим. Хроническое ПТСР может включать дополнительные признаки, не всегда имеющиеся в острых случаях. Эти симптомы могут быть результатом хронического насилия или виктимизации. Их эскалация может наступать под влиянием текущих жизненных стрессоров. Симптомы включают:

- нарушения эмоциональной регуляции (например, постоянную тоску, суицидальные мысли, подавленный гнев или вспышки гнева);
- измененное самовосприятие (например, ощущение собственной беспомощности, переживания стыда, вины и полного отчуждения от других людей);
- сосредоточенность на взаимоотношениях с преследователем (включая одержимость идеей мести);
- изменения в системе смыслов и ценностей (например, в форме переживания духовного кризиса или утраты поддерживающей дух веры).

Когда пациент являет постоянную угрозу причинить вред себе или другим или когда сильно нарушена способность к функционированию в повседневной жизни, необходимо рассмотреть вопрос о лечении в условиях специализированного стационара.

Распространенность и психосоциальные факторы

Несмотря на постоянно ведущиеся исследования, эпидемиологические сведения о распространенности ПТСР в общей популяции, о видах травмирующих событий, наиболее часто вызывающих ПТСР, и эпидемиологических факторах риска ограничены. Данные Американского Национального исследования коморбидности (US National comorbidity Survey) [12] позволяют предположить, что в течение жизни 7,8 % взрослых американцев переносили ПТСР, при этом женщины переноси-

ли ПТСР в отдельные моменты жизни в два раза чаще, чем мужчины (10,4 и 5 % соответственно). Это составляет малую часть от количества людей, испытывавших по меньшей мере одно травмирующее событие, – 60,7 % мужчин и 51,2 % женщин. Наиболее часто переживались такие травмы, как:

- присутствие при чьем-либо убийстве или тяжелом ранении;
- переживание пожара, наводнения или другой природной катастрофы;
- несчастный случай с угрозой для жизни;
- участие в сражениях.

У мужчин травматическими событиями, чаще других приводившими к ПТСР, были:

- изнасилование;
- участие в сражениях;
- заброшенность в детстве;
- опыт физического насилия в детстве.

Для женщин такими событиями были:

- изнасилование, сексуальное домогательство;
- физическое нападение;
- угроза применения оружия;
- опыт физического насилия в детстве.

Большинство лиц, у которых выявляются симптомы ПТСР, пережили две или более травмы.

Высокая частота случаев сексуального насилия в женской выборке объясняет, почему женщины составляют самую многочисленную группу, страдающих ПТСР [18]. Исследование, проводившееся в США в национальном масштабе, показало, что у 31 % изнасилованных в какие-либо периоды жизни развивается ПТСР, в то время как у лиц, не переживавших сексуальное насилие, – в 5 % [14]. ПТСР у женщин протекает также более длительно, чем у мужчин [4].

Повышенный риск заболеть ПТСР связан как с внешними ситуационными факторами (травмой), так и с внутренними психологическими характеристиками индивида. К ситуационным факторам, повышающим вероятность развития ПТСР, относятся: нахождение в непосредственной близости к ситуации травмы (когда человек находился, например, рядом с бомбежкой или был под прицелом оружия); опыт перенесения длительной катастрофы или постоянной угрозы ранения, а также предыдущая травматизация или насилие. N. Breslau и ее коллеги (1998) обнаружили, что условный риск развития ПТСР вследствие тяжелой травмы составляет 9,2 %.

Существуют индивидуальные различия в уязвимости для ПТСР. Одним из мощных, предрасполагающих к развитию ПТСР факторов является такая личностная черта, как невротизм. Создается впечатление, что он действует как фильтр, заставляющий людей селективно воспринимать негативные события окружающей среды [13]. Повышенный риск по ПТСР связан с использованием таких стилей совладания, как избегание и уход, а также с тенденцией к навязчивым размышлениям о событиях с отрицательным смыслом. Были выявлены и другие предрасполагающие факторы. Люди с избегающими, зависимыми или нарциссическими личностными чертами более склонны к возникновению ПТСР вследствие массивной травмы в сравнении с носителями антисоциальных личностных черт, у которых такая симптоматика развивается с меньшей вероятностью [17]. К факторам психического здоровья, повышающим вероятность ПТСР, относят наличие эпизода большой депрессии и химической зависимости в анамнезе [16]. Индивидуальные характеристики влияют не только на восприятие событий, но также определяют эмоциональную возбудимость, регулируют интерпретацию сигналов опасности и затрудняют выработку

адаптивных реакций на стрессогенные воздействия.

Обоснование подхода к лечению

Частота ПТСР в общей популяции высока. Принимая во внимание тот факт, что при отсутствии адекватного лечения стрессовое расстройство принимает хроническую форму, а также высокую частоту травматических событий, обычно предшествующих расстройству, можно говорить о росте числа страдающих ПТСР. Необходимо своевременно выявлять пострадавших с высоким риском хронической формы ПТСР и, наряду с этим, развивать эффективные и экономичные методы лечения заболевания. Так, применение одной из когнитивных техник – краткосрочной превентивной программы E.B. Foa, D. Hearst-Ikeda, K.J. Perry (1995) – снижает риск развития ПТСР, если вмешательство начинается в пределах 14 дней с момента травматизации. Через два месяца после такого лечения симптомы ПТСР в основной группе были в два раза менее интенсивными по сравнению с больными контрольной группы, не получавшими лечения. В группе прошедших лечение только 10 % соответствовали критериям ПТСР, в то время как в контрольной группе число таких лиц составило 70 %. Это исследование позволяет предположить, что раннее вмешательство может значительно уменьшать тяжесть ПТСР. Когнитивная теория служит солидным основанием для когнитивно-бихевиорального лечения.

Активация связанных со страхом когнитивных и эмоциональных структур. Проработка страха, связанного с навязчивыми мыслями и образами травматического содержания, требует первоначальной активации этой эмоциональной реакции. «Горячие» когнитивные процессы могут быть оживлены на сеансе с помощью «индукции в воображении». Эта процедура предполагает оживление отчетливых воспоминаний первоначальной травмы. Наряду с этим оживляются и исследуются негативные мысли, ощущения (звуки, зрительные образы, запахи, тактильные ощущения) и чувства (стыд, вина, ужас).

Погружение (экспозиция) с предупреждением реакции. По аналогии с лечением обсессивно-компульсивных расстройств терапевт помогает пациенту погрузиться в воспоминания или стимулы, связанные с травмой, предотвращая попытки избегания. Это пролонгированное погружение подводит пациента к терапевтически важному пониманию – он может вынести травматическое воспоминание. Пациент также начинает осознавать, что процесс такого привыкания к воспоминанию снижает его болезненную интенсивность.

Когнитивное переструктурирование. Результатом интенсивной травмы и виктимизации может быть возникновение убеждения о том, что никому нельзя доверять, что мир непредсказуем и опасен, а сам пострадавший – никчем и омерзителен. Эти «горячие когнитивные продукты» выявляются в ходе припоминания травмы или с помощью прямого вопроса о том, что травматическое событие означало для пациента. Далее терапевт помогает пациенту изменить негативные убеждения, выявляя когнитивные искажения (персонализацию, «наклеивание ярлыков», «должествования», обесценивание позитивных сторон) и конфронтируя с убеждениями. Например, терапевт может спросить: «Какие факты свидетельствуют против этого убеждения?», «Какие суждения Вы бы вынесли о другом человеке, пережившем подобное?».

Создание другого сценария в воображении. M.R. Smucker и C.V. Dancu (1999) изобрели остро-

умную процедуру, в ходе которой терапевт и пациент сотрудничают в создании новой «истории» травмы, цель которой – помочь пациенту пересказать пережитое, сохраняя ощущение собственной компетентности, силы и отваги. Создается новый «сценарий», в котором пациент одерживает верх над насильником, наказывает его или находит хороший выход из положения благодаря собственной уверенности.

Клинический анализ сопутствующего неблагополучия. ПТСР и коморбидное ему тревожное расстройство могут иметь негативные межличностные последствия. Например, тяжелая травма может приводить к изменениям в супружеских отношениях («Мой партнер не захочет быть со мной, после того как меня изнасиловали»), к избеганию ассоциирующихся с травмой ситуаций («Я не могу оставаться наедине с мужчиной»), потере места жительства или работы (в результате природной катастрофы), сепарации от товарищей по оружию (например, в силу невозможности возвратиться на поле сражения). Эти обстоятельства «реальной жизни» следует внимательно рассмотреть. Здесь могут быть полезны такие процедуры, как тщательно спланированное погружение, повышение целенаправленной активности, тренинг уверенности, семейное консультирование и рассмотрение альтернативных ролей для ветеранов.

Эффективность лечения

Когнитивно-бихевиоральные методы относятся к наиболее изученным видам психосоциального лечения ПТСР. Они включают множество лечебных приемов – различные виды процедуры погружения, когнитивного переструктурирования, техник управления тревогой. Отчасти благодаря интенсивным исследованиям, когнитивно-бихевиоральные методы наиболее часто рекомендуются в качестве психосоциального подхода к лечению ПТСР [7, 8, 10]. Результаты клинических исследований показывают, что терапевтический эффект остается стойким в течение нескольких последующих лет [5].

Центральным для нашего теоретического понимания ПТСР является анализ дисфункциональных когнитивных процессов. Когнитивная терапия помогает клиенту изменить нереалистичные умозаключения, убеждения и автоматические мысли, которые приводят к характерным для ПТСР эмоциональным нарушениям и нарушениям функционирования. Когнитивно-бихевиоральные подходы акцентируют важность научения при данном нарушении и используют процедуры погружения и десенсилизации в качестве основных.

Когнитивное переструктурирование обучает пациента отслеживать собственные дисфункциональные когнитивные процессы, взвешивать факты «за» и «против» их, вырабатывать взгляд, который сопряжен с более реалистичными эмоциональными переживаниями. Терапевт активно выявляет дисфункциональные автоматические мысли, умозаключения и схемы и конфронтирует с ними. Позитивное мышление и внутренний диалог обучают пациента заменять негативные мысли на более реалистичные при предвосхищении стрессогенных ситуаций или столкновении с ними.

Методы управления тревогой (стресс-привычный тренинг) обучают навыкам саморегуляции и совладания со стрессом. Этот тренинг включает множество техник:

- **тренинг релаксации** обучает пациента контролировать страхи и тревогу с помощью систематического расслабления основных групп мышц;

- **контроль дыхания** включает специальные техники, обучающие медленному неглубокому дыханию с целью помочь пациенту расслабиться и избежать гипервентиляции легких;
- **тренинг уверенности** обучает пациента адекватному выражению желаний, мнений и чувств без отчуждения от других людей;
- **остановка мыслей** – это техника отвлечения, используемая с целью оборвать мысли неприятного содержания, сказав самому себе «стоп».

Терапия погружением помогает человеку прямо соприкоснуться с теми специфическими ситуациями, людьми, объектами, воспоминаниями или чувствами, которые ассоциативно связались со стрессором и теперь вызывают нереалистично интенсивный страх. Это может достигаться двумя способами:

- **погружение в воображении** предполагает эмоционально насыщенное повторение травматических воспоминаний до тех пор, пока они перестанут вызывать высокую степень дискомфорта;
- **погружение *in vivo*** предполагает помещение клиента в ситуации, которые в настоящий момент безопасны, но избегаются им, поскольку ассоциируются с травмой и запускают чрезмерно сильный страх.

Клиническая диагностика и лечение

В ходе первых двух сеансов мы разбираем общую картину психических заболеваний у пациента. Очень важно выявить злоупотребление алкоголем или другими веществами, сопутствующие другим нарушениям при ПТСР, так как постстрессовые состояния повышают уязвимость для такого рода проблем. Предшествующая история физического, сексуального, психологического насилия или травмы также должна быть проанализирована, поскольку прошлые травмы оказывают влияние на способ переживания и интерпретации настоящей травмы. Например, человек, переживший физическое насилие в детстве, может рассматривать свежую травму как указание на то, что мир очень опасен, а он не располагает никакими средствами защитить себя. В ходе диагностики психотерапевт должен также оценить тяжесть депрессии и тревоги у пациента с помощью шкал депрессии и тревоги Beck (Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory), так как депрессия и тревога часто сопутствуют ПТСР.

Многие люди с ПТСР прибегают к «безопасным формам поведения», т. е. формам поведения, мыслям и образам, помогающим чувствовать себя менее уязвимыми. Они, например, могут искать у других людей разубеждения («Со мной все будет в порядке?»), молиться за себя, пытаться заместить непроизвольно всплывающие образы пугающего содержания более приятными образами, напрягать тело или искать контакта с другими людьми через сексуальное сближение. Такие «гарантирующие безопасность» формы поведения поддерживают убеждение о том, что навязчивые мысли и чувства невозможно пережить. Это, в свою очередь, усиливает ощущение собственной уязвимости и опасности. Наконец, диагностика должна включать оценку эффективности социальной поддержки пациента – семьи, друзей, коллег. Наличие социальной сети, не оказывающей эффективной поддержки, может служить предиктором плохого исхода. Многие травмированные пациенты убеждены в том, что никому больше нельзя доверять или что они всем в тягость, поэтому они начинают сторониться других людей. Некоторые пациенты, наоборот, не могут оставаться одни и предпо-

читают общаться с незнакомыми людьми в кафе с тем, чтобы чувствовать себя в безопасности.

Ознакомление с процедурой лечения

Мы считаем, что очень полезно информировать пациента о сути ПТСР с помощью специального листка [15]. Многие люди испытывают облегчение, узнав, что их переживания изучены, что их симптомы успешно поддаются лечению и что они могут быть активными участниками этого процесса. Мы объясняем пациентам, что травматические события настолько необычны и болезненны, что наш разум не может «вместить» или «переработать» их из-за интенсивности эмоций. Следовательно, наш разум «отключается» или «отфильтровывает» наиболее тяжелый и болезненный материал из сознания, который позже возвращается в форме навязчивых образов и ощущений из прошлого, чувств тревоги и ужаса. Мы рассматриваем эти явления как попытки разума переработать этот материал в более безопасное время, однако он переживается пациентом слишком болезненно, поэтому больной начинает избегать ситуаций и переживаний, напоминающих о травме. Наряду с этим пациент может искать разубеждения со стороны других людей, употреблять алкоголь, физически избегать пугающих ситуаций, думать о посторонних вещах в качестве защиты от проникновения пугающих образов в сознание.

Пациенту объясняют, что лечебный процесс предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Это помогает пациенту осознать – пугающие мысли и образы можно выносить, они сами по себе не опасны и не угрожают безумием. Более того, постепенно погружаясь в эти мысли и образы, мы сможем узнать, что пациент думает о себе, какие чувства он испытывает к себе, к другим людям, к миру в целом. Такое исследование может привести к новым, более продуктивным стратегиям совладания. Наконец, мы сможем установить, каких ситуаций избегает пациент, и развить новый, более эффективный способ справляться с ними.

Оживление травматических воспоминаний

Получить полное и детальное описание травматического переживания – важная задача лечения. Естественно, что в зависимости от типа травмы истории будут различаться. Рассмотрим для примера травму, связанную с тяжелым физическим насилием. Был ли пострадавший в близких отношениях с насильником? Все ли возможности избежать насилия были использованы? Пытался ли пострадавший защищать себя? Продолжались ли отношения с насильником после этого эпизода? Имело ли место насилие после этого эпизода? Насколько пострадавший был убежден в том, что его убьют или серьезно ранят? Отмечались ли диссоциативные реакции или потеря сознания? Прибегал ли пострадавший к алкоголю или наркотикам? Рассказывал ли о происходящем кому-либо? Если он делился с кем-то, как реагировал тот человек на рассказ?

При работе с травматическими воспоминаниями мы просим пациента написать изложение с максимальным количеством деталей происшедшего, включая цвета, звуки, запахи, тактильные ощущения, чувства и мысли, возникавшие в ходе переживания травмы. Пациент может прочесть терапевту это описание вслух. Терапевту следует поинтересоваться, какие части воспоминаний вызывают наиболее тяжелые чувства. Пациент может вернуться к этим болезненным точкам повествования в несколько бесчувственной или отстраненной манере. В таком случае терапевт мо-

жет отметить, что пациент старается поскорее «пробежать» сквозь определенные воспоминания, а затем попросить его вернуться и перечитать эти части истории медленно, сконцентрировавшись на всех чувствах и мыслях, связанных с данным моментом. Например, женщина, пострадавшая от физического нападения, припомнила при медленном чтении, что в определенный момент она подумала с ужасом, что ее убьют. Таким образом, быстрое прочтение истории было «безопасным» поведением, которое предохраняло ее от полного воздействия образа.

Тренинг управления тревогой

Многие пациенты с ПТСР переполнены тревогой, поэтому мы приводим краткое описание способов справляться с ней – тренинг мышечной и дыхательной релаксации. Другие методы включают отвлечение внимания на описание простых объектов. Например, дается инструкция описать цвет каждого предмета в комнате с целью отвлечь от тревожных переживаний. Отметим, что техники управления тревогой не должны использоваться во время сеансов с процедурой погружения!

Выявление навязчивых образов и мыслей

Как мы уже указывали, в ходе оживления травматических воспоминаний терапевту следует спрашивать пациента обо всех деталях воспоминаний, а также обо всех навязчивых мыслях и образах. Некоторые пациенты просыпаются от ужаса при живых образах опасности (например, «Я видел, как взрывается Всемирный Торговый Центр» или «Он крался за мной с ножом»). Другие описывают чувство страха или ужаса («Я боюсь ездить в метро, там может быть террорист»). Многие пациенты придерживаются такого эмоционального умозаключения: «Если у меня есть наплывы таких мыслей, то я сойду с ума»; «Я должен быстро избавиться от этих мыслей, они приведут к тому, что что-то опасное реально произойдет в жизни» [6]. Убеждения о сущности навязчивых мыслей могут быть оценены и проработаны так же, как любые другие дисфункциональные мысли.

Пролонгированное погружение в воображении

Пациенты с ПТСР убеждены, что они не вынесут контакта с теми тяжелыми мыслями, чувствами и образами, которые возвращаются столь часто. Процедура позволяет выявить самую сердцевину травматических воспоминаний и стимулирует пациента практиковаться в длительном погружении в них. Пациент может тренироваться в погружении на сеансе с помощью терапевта, который дает инструкцию использовать «субъективные единицы дистресса», оценивая тревогу от «нуля» (нет тревоги) до «десяти» (паника). Затем терапевт вновь обращается к написанному рассказу и просит пациента медленно читать его вслух, сосредотачиваясь на каждой детали. После каждого такого прочтения пациент оценивает собственную тревогу. Мы ожидаем, что с каждым новым прочтением тревога будет снижаться. Существенно отметить, что поначалу, когда пациент не будет разрешать себе отвлекаться или как-то иначе избегать травматических воспоминаний, тревога может возрастать. В качестве домашнего задания можно рекомендовать читать описание травматического события в течение 45 минут.

Один из вариантов погружения в воображении – это «переписывание сценария» [19, 20]. При первоначальном припоминании травмы (например, изнасилования) пациентка может рассматривать себя как маленькую, слабую, подверженную неприятностям. При «переписывании сценария в вообра-

жении» ее просят создать другую историю. Здесь она гораздо крупнее насильника и агрессивно атакует его. Пациентку поощряют представлять себе насильника маленьким, уродливым, слабым, неполноценным. Пациентку стимулируют фантазировать о том, как она одерживает верх над обидчиком и унижает его. Эта процедура позволяет пациентке создать новый образ себя и новый конец истории. В качестве домашнего задания можно предложить пациенту создать историю о новых способах «совладания». В ходе повторных прочтений этой истории пациент начинает представлять себе более благоприятный финал.

Когнитивное реструктурирование

На сеансе и при выполнении домашних заданий пациент должен выявлять и регистрировать негативные или тревожные мысли, связанные с припоминаемой травмой. Это могут быть и некоторые убеждения типа «никому нельзя доверять», «мир – опасное место», «я беспомощен», «со мной что-то не так», «чтобы быть в безопасности, я должен знать все наверняка». Терапевт может помочь пациенту опровергнуть эти тревожные мысли, задавая вопросы: «Существуют ли разные степени доверия к людям или это процесс, подчиняющийся закону «все или ничего»?», «Какова реальная вероятность того, что все это снова случится?», «Опишите все, что Вы можете сделать сегодня, чтобы доказать, что Вы не беспомощны?», «Каковы Ваши сильные стороны? Что назвал бы Ваш лучший друг в качестве Ваших лучших сторон?», «Существует множество вещей, которые Вы не знаете наверняка, так почему же Вы полагаете, что для безопасности Вы обязательно должны знать все досконально?».

ОБСУЖДЕНИЕ

В этой статье мы кратко описали диагностические критерии ПТСР, коморбидные проблемы и теоретически обосновали различные виды терапевтического вмешательства. Вопреки распространенному мнению о том, что ПТСР – это редкое расстройство, связанное с «необычными» событиями (изнасилованием, участием в сражениях, присутствием при насилии над кем-то), исследования в США показывают, что различные виды травматического опыта очень распространены, особенно в беднейших слоях населения. Более того, если мы включим в категорию «травмирующих событий» смерть супруга, участие в дорожно-транспортных и других происшествиях, природные катастрофы, то риск ПТСР существенно возрастает. У многих людей, не получавших лечения, ПТСР становится хроническим состоянием, длящимся в течение многих лет. Важно, что воздействие на общество в целом может быть очень значительным.

В настоящее время специалистам доступно множество подходов, способных предотвратить хронификацию ПТСР. Преимущество когнитивно-бихевиорального подхода заключается в том, что он основан на четких теоретических представлениях о механизме возникновения ПТСР. Исследования подтверждают эффективность когнитивно-бихевиоральных методов. ПТСР достаточно широко распространено в силу высокой частоты природных и создаваемых человеком катастроф. Нам представляется важным, чтобы специалисты научились использовать эти эффективные техники.

Литература

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association. Washington, DC: Author, 1980.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association. Washington, DC: Author, 1994.

3. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? // *Journal of Clinical Psychiatry*. 62(Suppl 17). 2001. P. 16–22.
4. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma // *Archives of General Psychiatry*. 55. 1998. P. 626–632.
5. Deblinger E., Steer R.A., Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms // *Child Abuse & Neglect*. 23(12). 1999. P. 1371–1378.
6. Engelhard I.M., Macklin M.L., McNally R.J., Van den Hout M.A., Arntz A. Emotion- and intrusion-based reasoning in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder // *Behaviour Research and Therapy*. 39. 2001. P. 1339–1348.
7. Falsetti S.A., Resnick H.S. Treatment of PTSD using cognitive and cognitive behavioral therapies // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 14. 2000. P. 261–285.
8. Foa E.B. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder // *Journal of Clinical Psychiatry* (Suppl 5). 2000. P. 43–51.
9. Foa E.B., Hearst-Ikeda D., Perry K.J. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 63. 1995. P. 948–955.
10. Foa E.B., Meadows E.A. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review // *Annual Review of Psychology*. 48. 1997. P. 449–480.
11. Keane T.M., Weathers F.W., Foa E.B. Diagnosis and assessment. In E. B. Foa & T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.) // *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford, 2000.
12. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Archives of General Psychiatry*. 52. 1995. P. 1048–1060.
13. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B., Breslau N. Epidemiological risk factors for trauma and PTSD // R. Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder* (pp. 23–59). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
14. Kilpatrick D., Edmonds C.N., Seymour A.K. Rape in America: A report to the nation. Arlington, VA: National Victims Center. 1992.
15. Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
16. McNally R.J. Posttraumatic stress disorder // T. Millon, P.H. Blaney, R.D. Davis (Eds.). *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 144–165). New York: Oxford University Press. 1999.
17. Millon T., Davis R., Millon C., Escovar L., Meagher S. *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley, 2000.
18. Rothbaum B.O., Meadows E.A., Resick P., Foy D.W. Cognitive-behavioral therapy // E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 60–83). New York: Guilford, 2000.
19. Smucker M.R., Dancu C.V. Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1999.
20. Smucker M.R., Weis J., Grunert B. Imagery rescripting therapy for trauma survivors with PTSD // A.A. Sheikh (Ed.). *Handbook of therapeutic imagery techniques* (pp. 85–97). Amityville, NY: Baywood Publishing, 2002.