
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ CLINICAL PSYCHOLOGY

Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых

Казенная Е.В.

*Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ)
г. Москва, Российская Федерация*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: ev.kazennaya@mpgu.su

В статье проведен обзор зарубежных исследований посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) за последние годы, а также представлены данные исследований немедикаментозного лечения ПТСР с учетом произведенного масштабного систематического обзора научной литературы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Приведены результаты ряда исследований факторов риска, прогнозов, статистические данные распространенности ПТСР, исследования диагностических критериев ПТСР в рамках МКБ-11 (Международная классификация болезней 11-го пересмотра) и DSM-V (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания), в том числе актуальные и новейшие на сегодняшний момент исследования простого и комплексного ПТСР (МКБ-11). В результате обзора было выявлено два научно доказанных эффективных метода немедикаментозного лечения ПТСР, такие как когнитивно-бихевиоральная терапия, сфокусированная на травме (КБТ), EMDR (десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз / ДПДГ), а также когнитивные и поведенческие методы управления стрессом, не ориентированные на травму (стресс-менеджмент).

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), простое и комплексное ПТСР, обзор исследований ПТСР, научно доказанные психотерапевтические методы лечения ПТСР у взрослых, сфокусированная на травме когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), EMDR (десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз / ДПДГ).

Для цитаты: Казенная Е.В. Современные зарубежные исследования посттравматического стрессового расстройства и его лечения эффективными психотерапевтическими методами у взрослых [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 110—119. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090410>

Contemporary research on and scientifically based psychotherapeutic methods of treating PTSD in adults

Elena V. Kazennaya

*Childhood Institute of Moscow Pedagogical State University (MPSU), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: ev.kazennaya@mpgu.su*

The article offers a systematic review of foreign investigations into posttraumatic stress disorder (PTSD) for the past twenty years as well as the findings of the research into the drug-free treatment of PTSD in the light of an extensive systematic review of the scientific literature of the World Health Organization (WHO). The article presents the results of the investigations into the risk factors, the prognoses, the statistical data on the prevalence of PTSD, and the diagnostic criteria of PTSD according to ICD-11 and DSM-V, including the relevant and the most recent investigations into the PTSD and Complex PTSD (ICD-11). As a result of the review, two scientifically proven effective methods of the drug-free treatment of PTSD have been revealed: Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) as well as cognitive or behavioural stress management techniques that do not focus on trauma.

Keywords: posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex PTSD, the systematic reviews PTSD, psychological interventions for adult PTSD, trauma-focused CBT (TF CBT) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), scientifically proven methods of treating PTSD in adults.

For citation: Kazennaya E.V. Contemporary research on and scientifically based psychotherapeutic methods of treating PTSD in adults. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya = Journal of Modern Foreign Psychology*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 110—119. DOI:<https://doi.org/10.17759/jmfp.2020090410> (In Russ.).

Диагностические критерии и определение ПТСР в DSM и МКБ

Диагноз «посттравматическое стрессовое расстройство» как появился после публикации DSM-III в 1980 г. и значительно позже был включен в 10-ый пересмотр Международной классификации болезней в 1992 г. [33] (первое издание МКБ-10 на русском было опубликовано в 1995 г. [10]). К моменту создания накопилось множество исследований влияния пережитого травматического опыта на участников боевых действий. Благодаря дальнейшему изучению последствий локальных войн, таких как Вьетнамская, Афганская и др., были опубликованы неутешительные результаты, доказывающие масштабное распространение психических расстройств у участников боевых действий и, в частности, наличие посттравматического стрессового расстройства.

С каждым новым пересмотром классификаций психических расстройств продолжаются уточнения и дополнения диагностических критериев ПТСР. Так, уже в 1987 г., при публикации DSM-III-R появляются дополнения к описанию диагноза, уточняющие критерии события, которые могут привести к возникновению диагноза, а также включаются критерии воздействия. В DSM-IV (1994) и DSM-IV-TR (2000) продолжают вноситься дополнения. В DSM-V (2013), которая является последней версией, диагностические критерии ПТСР существенно дополняются и пересматриваются основные определения. Например, из критерия «А» убираются эмоциональные реакции на травматический опыт, такие как чувства беспомощности, ужаса и страха, и остается необходимость наличия в анамнезе пациента травматического события, связанного с реальной или угрожающей смертью, серьезной травмой или сексуальным насилием [17].

В настоящее время в DSM-V и МКБ-11 имеются разные критерии диагностики ПТСР, продолжается полемика обоснований и уточнений критериев для разведения диагноза с другими сопутствующими психическими заболеваниями [13]. В DSM-V были внесены исправления основных ошибок предыдущих выпусков. Тем не менее, в области диагностики ПТСР, как расстройства, которое возникает в связи с воздействием травмы, остаются вопросы, касающиеся определения критериев травмы и несоответствия между воздействием и определением травмы [16]. В 2017 г. была опубликована работа Блэр Э. Виско (Blair E. Wisco) и соавторов, в которой проводилось исследование соответствия постановки диагноза ПТСР критериям, представлен-

ным в DSM-IV, V и МКБ-11 у ветеранов боевых действий США в рамках Национального исследования здоровья и жизнестойкости у ветеранов [13]. Исследователи использовали две выборки, оценивали симптомы на протяжении всей жизни и за последний месяц. В первой группе (n = 3517) они применяли версии из DSM-IV, во второй группе (n = 1484) — версию DSM-V—PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (опросник для оценки наличия и выраженности симптомов ПТСР в рамках DSM-V). По каждой классификации требовалось в анамнезе наличие пережитой травмы, с продолжительностью проявлений симптомов в течение одного месяца или более, и диагностированное расстройство, связанное с симптомами ПТСР. Оценивались сопутствующие психические заболевания в течение всей жизни (социальная фобия; большой депрессивный эпизод; расстройства, связанные с употреблением алкоголя и психоактивных веществ (ПАВ) [34]. В первой выборке ПТСР в течение жизни и за последний месяц было диагностировано у большего количества ветеранов в рамках DSM-IV, чем при применении диагностических критериев МКБ-11. Во второй выборке были получены аналогичные результаты: у значительно большей доли ветеранов было диагностировано ПТСР в рамках DSM-V, чем в МКБ-11. В том числе 21,8—35,9% из тех, кто соответствовал критериям ПТСР в соответствии с DSM-IV или DSM-V, не соответствовали критериям МКБ-11, тогда как только 2,4—7,1% тех, кто соответствовал критериям ПТСР в рамках МКБ-11, не соответствовали требованиям DSM-IV или DSM-V. Таким образом, благодаря данному исследованию было выявлено, что диагностические критерии ПТСР МКБ-11 позволили получить значительно более низкие показатели распространенности, чем в DSM-IV или DSM-V, которые дали аналогичные оценки распространенности друг для друга. *Результаты исследования засвидетельствовали, что МКБ-11 выявляет значительно меньше случаев ПТСР, чем DSM-V* [13; 22].

Диагностический инструментарий ПТСР в России

Важно отметить, что в России с 90-х гг. был апробирован целый комплекс методик, в том числе в рамках работы лаборатории психологии посттравматического стресса ИП РАН. Например, структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД, Structured Clinical Interview for DSM), шкала CAPS-DX для клинической диагностики ПТСР (Clinical-administered PTSD Scale — CAPS-DX), которая представлена в

форме структурированного клинического интервью, опирающегося на критерии симптомов ПТСР в DSM-IV. Клиническая диагностическая шкала (CAPS — Clinician Administered ПТСР Scale) является дополнением СКИД для диагностики уровня выраженности и частоты проявлений симптомов ПТСР. Разработан опросник переживаний террористической угрозы (ОПТУ) Тарабриной и Быховец, который оценивает силу переживания террористической угрозы [10]. Апробирована Падун М. шкала базовых убеждений (World Assumption Scale, WAS), которая оценивает базовые установки личности, подвергающихся воздействию травматического опыта [6]. В рамках работы лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН, в 2017 г. были опубликованы данные по адаптации русскоязычной версии опросника PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) [4]. Данная методика является актуальной для диагностики ПТСР, так как учитывает пересмотр симптомов ПТСР в DSM-V и включает модернизацию методологического инструментария.

Простое и комплексное ПТСР в МКБ-11: актуальные исследования

Международная классификация болезней (МКБ) Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) является официальной диагностической системой, используемой во всем мире. В настоящий момент действующей является десятая версия МКБ (МКБ-10) [33]. В 2018 г. ВОЗ опубликовала МКБ-11, которая вступит в силу 1 января 2022 г. В нее были внесены существенные изменения в постановке диагнозов, связанные с травматическим опытом, относящиеся к категории «*Расстройства, связанные со стрессом*». Предыдущий вариант, представленный в МКБ-10, был дополнен с учетом пятого издания Руководства по диагностике и статистике, а в диагностическую номенклатуру впервые было включено комплексное ПТСР (CPTSD) [15]. Многонациональные исследования продемонстрировали точность дифференциальных диагнозов между формулировками ПТСР и комплексным ПТСР [17], а обзор проведенных исследований показал обоснованность включения двух диагнозов: ПТСР и комплексного ПТСР [14].

Уже появляются исследования, опирающиеся на МКБ-11, изучающие факторы риска, связанные с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и комплексным ПТСР (КПТСР). Одно из них было проведено в 2018 г. В опросах принял участие 1051 респондент (взрослое население Великобритании). Все респонденты имели в анамнезе травматический опыт. Выяснилось, что комплексное ПТСР является более распространенным, болезненным и тяжелым состоянием по сравнению с простой формой ПТСР. Было выявлено, что комплексное ПТСР чаще возникает после травматических событий межличностного характера, кото-

рых невозможно было избежать, при перенесенном травматическом опыте в межличностных отношениях в детском возрасте со значимыми взрослыми. Например, при сексуальном насилии в детстве, пытках, опыте пребывания в плену. [29]. Данная дифференциация важна, так как комплексное ПТСР является сложной формой ПТСР, с проявлениями более тяжелых состояний и симптомов, чем при простой форме ПТСР. Сложная форма требует иных интервенций и длительной психотерапии в отличие от работы с простым ПТСР [19].

Новые данные, полученные в основном из клинических выборок, указывают на то, что сексуальное насилие над детьми, связанное с травмой, негативное представление о себе, низкая стрессоустойчивость и проблемы с безработицей связаны с повышенным риском развития комплексного ПТСР. Комплексное ПТСР в большей степени связано с симптомами депрессии, тревоги, наличием суицидальных тенденций и поведения, а также с пограничным расстройством личности, чем простая форма ПТСР [25].

В последних исследованиях было выявлено, что наиболее распространенным травматическим событием в детстве является физическое насилие (32,4%; n = 340), а наиболее распространенным травматическим событием во взрослом возрасте — внезапная и неожиданная смерть близкого человека (47,4%; n = 498), которая является для респондентов, «наиболее травматическим событием в жизни» (29,4%; n = 309). По времени, с момента травматического события чаще всего прошло «более 20 лет» (40,1%; n = 421). Простая форма ПТСР чаще встречается у женщин. Обычно данный диагноз связан с отношениями и с момента травматического воздействия имеет меньший временной интервал, чем при комплексном ПТСР. Напротив, комплексное ПТСР дает отсылку к более раннему возрасту и переживаниям, которые связаны с межличностными отношениями, как в детском, так и во взрослом возрасте. Высокие уровни коморбидности наблюдались в случае ПТСР и комплексного ПТСР. Однако Большое депрессивное расстройство и Генерализованное тревожное расстройство в большей степени связаны с комплексным ПТСР, чем с простой формой ПТСР. Риск самоубийства возрастает более чем в три раза при наличии комплексного ПТСР, а риск возникновения хронических заболеваний повышается примерно в два раза [23]. В данном исследовании в Великобритании было выявлено, что комплексное ПТСР является более распространенным диагнозом, чем простая форма ПТСР. Это противоречит выводам исследования в Израиле. Там простая форма ПТСР (9,0%) превышала комплексное ПТСР (2,6%) по распространенности [26]. Исследования в США продемонстрировали другие показатели: ПТСР — 3,4% и комплексное ПТСР — 3,8%. Исследования в Великобритании выявили, что распространенность простого и комплексного ПТСР может быть высокой, учитывая, что 70% мирового населения имели в своем опыте по крайней мере одно травматическое событие.

В соответствии с теоретическими моделями комплексного ПТСР, результатами клинических исследований было выявлено, что межличностная травма является независимым фактором риска для развития комплексного ПТСР. Межличностная травма в детском возрасте оказывает воздействие на возможности ребенка справляться с текущими задачами в соответствии с возрастом. Она влияет на развитие саморегуляции и нарушает безопасную привязанность, а также негативно влияет на развитие нейробиологических систем, участвующих в регуляции возбуждения, эмоций и реакций на стресс [18; 21; 29].

Факторы риска, динамика и прогнозы

Исследования ПТСР и возможности его разрешения в течение жизни предоставили неутешительные результаты, доказывающие медленный процесс и сложность выздоровления от ПТСР, переход данного диагноза в другие психические расстройства, а также приводящие примеры разнообразных ответных реакций на травматическую ситуацию. Были выявлены две формы разрешения ПТСР, одна из которых является адаптивной, другая — переходом ПТСР в другие психические расстройства [3; 8].

Риск развития ПТСР возрастает с увеличением количества пережитых травматических ситуаций. По гендерному признаку выявлено, что среди женщин риск возникновения ПТСР выше, чем у мужчин. Также более уязвимыми для ПТСР являются пострадавшие от военных действий старше 45 лет. В 50% случаев симптомы ПТСР редуцируются в первые два года после травматических событий. Затем процесс выздоровления замедляется. Через шесть лет в трети случаев ПТСР сохраняется и переходят в хроническую форму течения. У пострадавших от травматических событий впоследствии диагностируются тревожные, депрессивные и самотоформные расстройства, в ряде случаев развивающиеся коморбидно с ПТСР или самостоятельно, вызывая профессиональную и социальную дезадаптацию с устойчивыми изменениями личностных черт. Среди расстройств пострадавших от боевых действий не выявлено специфических форм ПТСР. Ряд других исследований в мире демонстрируют, что женщины в два раза чаще мужчин подвержены ПТСР. Данные различия объясняются биологическими факторами (например гормональными) [21].

Выявлено, что риск диагностики ПТСР выше в случаях, когда со дня травматического события прошло меньше времени. Эта связь объяснялась повышенной активностью миндалины после травматического воздействия для ответной реакции под воздействием страха [31].

К настоящему времени проведено множество исследований, уточняющих модели и определения ПТСР. Остается актуальным и спорным вопрос: что же является психической травмой и что является ее воздействием? На данный момент отсутствует четкость в определении

критериев травмы. В перспективе можно ожидать больше исследований негативного влияния хронического травматического опыта на психическое и соматическое здоровье. Также становятся более актуальными исследования случаев хронической травмы в детстве, где у пациентов могло не быть в анамнезе тяжелого физического и сексуального насилия, однако они подвергались эмоциональному насилию и ощущали пренебрежение со стороны значимых взрослых и другого окружения. Исследования комплексного ПТСР в Великобритании позволяют задуматься о масштабах распространения данной формы ПТСР, а также о важности детального изучения факторов, которые провоцируют развитие расстройства, но при этом могут явно не проявляться. Например, постоянное и хроническое отсутствие эмоциональной заботы или поощрений позитивного поведения ребенка (похвалы за успехи и др.) могут быть существенными факторами, провоцирующими развитие ПТСР в будущем. Статистика распространения ПТСР на данный момент увеличивается, что говорит о больших масштабах влияния неблагоприятного опыта на здоровье человека. В будущем важно посвятить исследования профилактике возникновения ПТСР и комплексного ПТСР, изучению факторов, которые могут способствовать ребенку и взрослому справиться с травматическим опытом без риска возникновения ПТСР. В рамках данной проблематики в будущем могут быть перспективными исследования внешних и внутренних ресурсов человека, которые необходимы для благоприятного выхода из травматического опыта.

На данный момент накопилось немало исследований возникновения ПТСР вследствие различных событий, которые несут угрозу жизни для самого человека или его близких. Например, боевые действия (где пострадавшими являются как военнослужащие, так и мирные жители), террористические акты, связанная с экстремальными ситуациями работа. Изучение последствий пережитой экстремальной ситуации природного и техногенного характера, исследования в онкологических отделениях, хосписах и др. все больше и больше расширяют возможности для понимания причин ПТСР.

В данной статье не ставится задача привести примеры исследований диссоциации, как последствия пережитого травматического опыта. Однако следует отметить, что данная область является крайне актуальной.

В последнее десятилетие чаще публикуются работы с результатами исследований эффективности *лечения* ПТСР. И это является одним из самых перспективных и востребованных направлений исследований простой формы и комплексного ПТСР.

Немедикаментозное лечение ПТСР: обзор исследований эффективных методов (ВОЗ)

На сегодняшний день мы имеем огромное количество исследований в области изучения ПТСР и последствий травматического опыта. Ученые и клиницисты

стремятся найти эффективные методы лечения ПТСР. Например, специалистами в Чечне, в частности Х.Б. Ахметовой, были проведены исследования личностных особенностей лиц, страдающих хронической формой ПТСР, и в последующем разработаны реабилитационные программы помощи. В результате исследований были выявлены выраженные личностные изменения среди пострадавших от боевых действий в данном регионе, которые привели к дезадаптации в социальной и профессиональной сферах жизни. В связи с этим специалистами была разработана модель психосоциальной реабилитации, опирающаяся на принципы своевременной психолого-психиатрической помощи при ПТСР для профилактики дальнейшего усугубления состояния, ведущего к устойчивым личностным изменениям, а именно: принципы комплексности, полипрофессионального подхода, доступной помощи, личностного подхода с формированием позитивного отношения к себе и эффективных копинг-стратегий с созданием позитивной перспективы жизни в будущем [1]. В дальнейшем данную структуру и процесс профессиональной помощи (организационная модель психосоциальной реабилитации) можно наполнять научно обоснованными методами психотерапии.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала в 2013 г. «Руководство по работе с состояниями, напрямую связанными со стрессом» [20]. Руководство содержит рекомендации для работников здравоохранения в отношении лечения последствий травмы для психического здоровья. Данная работа включает в себя серьезный систематический обзор исследований эффективных методов лечения ПТСР в мире за последние на тот момент 10 лет (с 1999 по 2011 гг.). Рабочая группа ВОЗ опиралась на ведущие базы данных, такие как: Кокрановская база данных систематических обзоров, PubMed (клинические запросы), Сотрудничество Кэмпбелла, LILACS, psycINFO, Embase и PILOTS. В руководстве описаны самые серьезные исследования эффективных методов помощи при ПТСР. Оценка качества систематических обзоров проводилась с использованием данных Оксфордского центра доказательной медицины. В результате систематического анализа опубликованных результатов исследований выделено несколько эффективных методов помощи при ПТСР:

- когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), фокусированная на травме (TF-CBT), в индивидуальной и групповой формах;
- десенсибилизация и переработка травм с помощью движения глаз (EMDR);
- частные методы управления стрессом.

Термин «управление стрессом» относится к психологическим методам лечения, в которых используются когнитивные или поведенческие методы, не ориентированные на травму. Например, расслабление, тренировка к стрессовой ситуации и др. *Таким образом, к 2013 г. только два метода (КБТ и EMDR) завоевали доверие как наиболее эффективные методы терапии ПТСР.*

КБТ — это направление в психотерапии различных психопатологических расстройств, которое сочетает в себе когнитивную и бихевиоральную терапии. Основоположниками метода являются Альберт Эллис и Аарон Бек (Albert Ellis и Aaron Beck), разработавшие основные идеи когнитивного подхода в 60-х гг. XX века. В дальнейшем в когнитивную терапию были интегрированы идеи бихевиорального подхода. КБТ как метод включает в себя исследование форм поведения, с учетом анализа симптомов и их интенсивности, с акцентом на обучение и развитие наиболее адаптивных форм поведения. Кроме того, КБТ изучает влияние психических процессов (например, интерпретации, представления и оценки себя, других, мира), систем убеждений и их воздействие на поведение, отношение к себе и миру. КБТ — метод, структурированный и ориентированный на смешанный подход. Важно отметить, что данный метод психотерапии с 70—80-х гг. XX века накопил богатый арсенал исследований, доказывающий свою эффективность [2; 7].

В России исследованиями эффективности КБТ занимаются Холмогорова А.Б. и Гаронян Н.Г. Например, на российской выборке были проведены исследования эффективности КБТ с пациентами, переживающими суицидальный кризис [11], продемонстрированы доказательства эффективности метода при работе с галлюцинациями и бредом у пациентов с диагностированной шизофренией [5] и др.

EMDR является достаточно новым направлением в психотерапии, разработанным в конце 1980-х гг. Фрэнсин Шапиро. Он представляет собой интегративный метод психотерапии, базирующийся на модели адаптивной переработки информации.

Представители КБТ относят EMDR к одному из направлений КБТ, однако представители EMDR рассматривают его как самостоятельное и отдельное от КБТ направление в психотерапии. Лечение ПТСР на основе КБТ включает в себя обучение индивидуальным навыкам по изменению иррациональных мыслей и деструктивного поведения на адаптивные идеи и конструктивное поведение, в результате чего человеку становится лучше. Данный метод помощи имеет четкие процедуры и протоколы, которые направлены на работу с убеждениями и поведением человека. В EMDR имеется стандартный восьмиэтапный протокол, в котором представлен алгоритм терапии. В данном подходе используются шкалы для оценки: SUD — десятибалльная шкала субъективного беспокойства и VOC — семибалльная шкала достоверности самопредставлений. Первоначально метод был разработан для лечения людей, перенесших травматический опыт в прошлом, но со временем подход сильно развился и в настоящий момент включает в себя богатый арсенал протоколов для лечения различных психопатологических расстройств. Например, разработаны специальные протоколы работы с ОКР, депрессивными состояниями, зависимым и дисфункциональным поведением, специфической фобией, группой тревожных расстройств и др.

Протоколы EMDR (ДПДГ) фокусируются на спонтанной ассоциативной переработке травматических воспоминаний с применением билатеральной стимуляции: визуальной (движение глаз), тактильной, слуховой. В отличие от лечения ПТСР, при КБТ, в рамках EMDR, не предполагается целенаправленная работа с иррациональными убеждениями и деструктивным поведением, а также не используется домашняя работа, нет необходимости подробно описывать травматическое событие на сессии у специалиста, в том числе не предполагается оспаривание иррациональных убеждений [12; 30].

Биссон (Bisson) и соавторы в 2010 г. проанализировали 61 рандомизированное контролируемое исследование (РКИ), из которых 39 исследований включали индивидуальную КБТ, сфокусированную на травме, 9 исследований групповой КБТ, сфокусированной на травме, и 16 исследований EMDR. В обзоре было представлено 7 исследований управления стрессом: 2 исследования тренинга инокуляции стресса; 2 исследования неутонченных форм релаксации (1 — расслабление с помощью биологической обратной связи, 1 — прогрессивная мышечная релаксация); 7 исследований, посвященных другим методам лечения (недирективное консультирование, психодинамическая терапия, гипнотерапия, личностно ориентированная терапия и др.). В данном метаанализе применялись модели только с фиксированными эффектами. Авторы исследования эффективности лечения ПТСР различными видами психотерапий пришли к выводу, что индивидуальная и групповая КБТ, сфокусированные на травме, EMDR и техники управления стрессом являются эффективными. Они выяснили, что индивидуальная КБТ, сфокусированная на травме, и EMDR превосходят техники управления стрессом по результатам лечения последствий ПТСР. Главный вывод заключался в том, что *КБТ, EMDR и техники управления стрессом эффективнее при лечении ПТСР, чем другие методы психотерапии, и сохраняют в течение времени положительный эффект лечения (через 1—4 месяца после терапии)* [20].

В своих выводах ВОЗ предоставляет данные и рекомендации.

1. Индивидуальная КБТ, сфокусированная на травме, оказывает положительное влияние на уменьшение выраженности симптомов после терапии. Положительный эффект был оценен как врачом, так и пациентами, участвующими в исследовании. Было зафиксировано сохранение положительного эффекта терапии при последующих оценках. Приведена статистика, свидетельствующая о том, что индивидуальная КБТ, сфокусированная на травме, оказывает положительный эффект в снижении симптомов ПТСР после терапии у 46,4% пациентов с ПТСР (при применении КБТ) и у 89% — в контрольной группе. Групповая КБТ, сфокусированная на травме, при ПТСР оказывает положительное влияние на уменьшение выраженности симптомов после вмешательства. Стоит отметить, что положительный эффект был продемонстрирован только при оценках результатов работы с пациентами в самоотче-

тах. В одном исследовании имеются данные, свидетельствующие о том, что групповая КБТ, сфокусированная на травме, оказывает положительный эффект в снижении симптомов ПТСР после лечения у 37,5% (групповая КБТ) и у 66,7% — в контрольной группе.

2. В руководстве ВОЗ были предоставлены результаты исследований эффективности EMDR (ДПДГ) при лечении ПТСР. Ряд исследований доказал, что после применения EMDR уменьшается выраженность симптомов ПТСР. Положительный эффект был зафиксирован как врачами, так и пациентами.

3. Стресс-менеджмент является эффективным методом лечения ПТСР. Среди исследований последних лет имеются данные, которые доказывают, что методы управления стрессом у взрослых, страдающих ПТСР, оказывают положительный эффект и снижение выраженности симптомов расстройства. Положительный эффект методов стресс-менеджмента был зафиксирован врачами, однако не было найдено исследования, подтверждающего сохранение позитивного эффекта методов регуляции стресса в будущем. В связи с этим ВОЗ дает комментарий о низкой оценке достоверности. ВОЗ предоставляет данные, свидетельствующие, что методы стресс-менеджмента у взрослых с ПТСР оказывают положительный эффект со снижением симптомов ПТСР в 61,2% случаев [20].

Приведу несколько примеров исследований эффективности EMDR. В 2016 г. в американском научном журнале «Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy» опубликовано исследование эффективности EMDR у людей, проходящих военную службу, в котором принял участие 331 респондент. Из данной выборки к 46 военным был применен EMDR. Остальные участники, 285 военных, не проходили EMDR-терапию. Клинические результаты контролировались в течение 10 недель с использованием самоотчетов о посттравматическом стрессе. У всех респондентов были получены баллы симптомов, которые соответствовали предполагаемым критериям расстройства с использованием контрольного списка симптомов ПТСР военной версии PCL-M. Результаты исследования продемонстрировали, что военные, к которым была применена EMDR-терапия, имели значительно меньше баллов, оценивающих наличие симптомов по показателям PCL-M, чем военные в контрольной выборке без EMDR [24].

В «Journal of Traumatic Stress» в 2016 г. было опубликовано исследование эффективности EMDR при наличии ПТСР у лиц, переживших боевые действия. Выборку составил 21 взрослый респондент. Все они пережили военные действия в стране Восточный Тимор (государство в Юго-Восточной Азии), имели диагноз ПТСР и набрали 2 балла по Гарвардской анкете травмы (the Harvard Trauma Questionnaire — HTQ). С помощью контрольного списка симптомов Хопкинса (the Hopkins Symptom Checklist) у них были выявлены симптомы депрессии и тревоги. Изменения симптомов после применения EMDR сравнивались с контрольной группой,

которая входила в лист ожидания (waitlist control¹). Сессии длились по 60—90 минут, а в среднем количество сеансов составило 4,15. Несмотря на трудности в предоставлении кросс-культурного лечения (языковой барьер), в результате применения EMDR-терапии зафиксировано значительное уменьшение симптомов травмы, депрессии и тревоги. После EMDR-терапии у 20 (95,2%) респондентов был зафиксирован балл ниже порога ПТСР по HTQ. Надежное снижение симптомов травмы было выявлено у 18 респондентов (85,7%) после терапии EMDR и у 16 (76,2%) участников через 3 месяца после интервенций. Полученные данные подтвердили эффективность использования терапии EMDR для лечения взрослых с ПТСР в кросс-культурной, послевоенной и конфликтной обстановке [32].

В 2007 г. в журнале «Nordic Journal of Psychiatry» было опубликовано исследование эффективности EMDR при лечении ПТСР у сотрудников системы общественного транспорта в Стокгольме. Выборка исследования составила 24 респондента, из них 13 человек были направлены на EMDR-терапию, оставшиеся 11 участников вошли в лист ожидания и составили контрольную выборку без вмешательств. Респонденты прошли диагностику до лечения и вскоре после завершения пяти сессий EMDR в первой выборке. После оказанной профессиональной помощи методом EMDR у 8 человек (67%) отсутствовал диагноз ПТСР, который был зафиксирован до интервенций. И один респондент в контрольной выборке (11%) не соответствовал критериям диагностики ПТСР (разница: $P = 0,02$) [23].

Данные результаты исследований демонстрируют хорошие результаты эффективности EMDR-терапии. Остаются вопросы касательно выборки исследований. Из-за непростых интервенций сложно создать качественные условия для изучения метода психотерапии на больших выборках. А также важно исследовать динамику улучшения состояния респондентов на более длительный период после первых интервенций и после окончания лечения.

В научном сообществе продолжают исследования эффективности немедикаментозного лечения ПТСР. После серьезной работы ВОЗ по систематическому анализу исследований, посвященных данной теме (в анализ вошли исследования до 2011 г.), опубликова-

ны новые данные с результатами исследований, касающимися эффективности терапии ПТСР, а также сравнение эффективности методов КБТ и EMDR.

В 2015 г. в журнале «Clinical Psychology Review» был опубликован масштабный анализ исследований эффективности различных видов психотерапии ПТСР. Эта работа не вызвала противоречий с результатами работы ВОЗ [28]. Хотелось бы выделить важный комментарий авторов публикации касающийся дальнейших исследований эффективности терапии ПТСР. Исследователи рекомендуют публиковать данные, в которых будут зафиксированы побочные эффекты от вмешательств, с целью понимания переносимости человеком разного рода терапии. Практики, работающие с ПТСР, должны быть осведомлены, в каких случаях будет эффективнее та или иная терапия (медикаментозная и/или немедикаментозная), при каких обстоятельствах важны подготовка и более длительные интервенции, связанные с поиском ресурсов для терапии ПТСР и переработки травматического опыта в момент обращения за помощью к специалисту.

В настоящее время необходимы дальнейшие исследования для определения эффективных методов лечения. Рандомизированные контролируемые исследования по-прежнему необходимы и актуальны. На российской выборке не было проведено ни одного серьезного исследования эффективности метода EMDR. Мировое научное сообщество EMDR ожидает качественных и надежных исследований метода в нашей стране для дальнейшего развития эффективной терапии. Также важно выявлять факторы риска и развития сопутствующих заболеваний на российской выборке, так как это имеет важное значение для диагностики, профилактики, раннего вмешательства и последующего лечения. Если специалисты осведомлены, кто с большей вероятностью пострадает в результате пережитого травматического события, то они могут своевременно оказать профессиональную помощь, не дожидаясь, когда данные проблемы приобретут хронический статус. Важно продолжать исследования комплексного ПТСР для различения данного расстройства от других коморбидных расстройств, что в последующем поможет привести к более высоким результатам немедикаментозного лечения.

Литература

1. Ахмедова Х.Б. Посттравматические изменения личности у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. 2004. № 3. С. 93—102.
2. Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 3. С. 46—72. URL: <https://psyjournals.ru/mpj/2013/n3/65206.shtml> (дата обращения: 19.12.2020).

¹ Waitlist control (лист ожидания) — это контрольная группа в исследовании, которая входит в список ожидания или список ожидания для сравнения. Эта контрольная группа служит группой сравнения во время исследования, но в конечном итоге получает лечение позднее. Контрольные группы списков ожидания часто используются, когда неэтично отказывать участникам в доступе к лечению, при условии, что ожидание лечения будет короче, чем, если бы данные участники получили помощь от государственных служб.

3. Идрисов К.А. Динамика посттравматических стрессовых расстройств у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального военного конфликта: дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002. 184 с.
4. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности / Т.В. Тарабрина [и др.]. М.: Институт психологии РАН, 2017. 344 с.
5. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении: доказательства эффективности и основные техники работы с галлюцинациями и бредом [Электронный ресурс] / Д. Туркингтон [и др.] // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 1. С. 25—32. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20299397> (дата обращения: 19.12.2020).
6. Падун М.А. Особенности базисных убеждений у лиц, переживших травматический стресс: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2003. 159 с.
7. Прашко Я., Можны П., Шлепецки М. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2015. 1072 с.
8. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / Под ред. Б.Д. Казаченко. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: «Питер», 2001. 272 с.
10. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
11. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 19—26.
12. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 491 с.
13. A comparison of ICD-11 and DSM criteria for posttraumatic stress disorder in two national samples of U.S. military MARK veterans / B.E. Wisco [et al.] // Journal of Affective Disorders, 2017. Vol. 223. P. 17—19. DOI:10.1016/j.jad.2017.07.006
14. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD / C.R. Brewin [et al.] // Clinical Psychology Review. 2017. Vol. 58. P. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09
15. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 / A. Maercker [et al.] // World Psychiatry. 2013. Vol. 12. № 3. P. 198—206. DOI:10.1002/wps.20057
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 991 p.
17. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders / J.W. Keeley [et al.] // International Journal of Clinical and Health Psychology. 2016. Vol. 16. № 2. P. 109—127. DOI:10.1016/j.ijchp.2015.09.002
18. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis / M. Cloitre [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. 2013. Vol. 4. № 1. Article ID 20706. 13 p. DOI:10.3402/ejpt.v4i0.20706
19. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ) / T. Karatzias [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2017. Vol. 207. P. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
20. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Электронный ресурс] / World Health Organization. Geneva: WHO, 2013. 273 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (дата обращения: 19.12.2020).
21. Kajantie E., Phillips D.I.W. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress // Psychoneuroendocrinology. 2006. Vol. 31. № 2. P. 151—178. DOI:10.1016/j.psyneuen.2005.07.002
22. Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples / M. Hansen [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. 2015. Vol. 6. № 1. Article ID 28766. 12 p. DOI:10.3402/ejpt.v6.28766
23. On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers — A randomized controlled trial / G. Hogberg [et al.] // Nordic Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 61. № 1. P. 54—61. DOI:10.1080/08039480601129408
24. Outcomes From Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Active-Duty Service Members With Posttraumatic Stress Disorder / R.N. McLay [et al.] // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2016. Vol. 8. № 6. P. 702—708. DOI:10.1037/tra0000120
25. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral Correlates / P. Hyland [et al.] // Journal of Traumatic Stress. 2018. Vol. 31. № 2. P. 174—180. DOI:10.1002/jts.22272
26. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel / M. Ben-Ezra [et al.] // Depression and Anxiety. 2018. Vol. 35. № 3. P. 264—274. DOI:10.1002/da.22723
27. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review / M.Y. Smith [et al.] // 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
28. Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis / K. Cusack [et al.] // Clinical Psychology Review. 2016. Vol. 43. P. 128—141. DOI:10.1016/j.cpr.2015.10.003

29. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania / T. Karatzias [et al.] // *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. Vol. 8. № 7. 7 p. DOI:10.1080/20008198.2017.1418103
30. Shapiro F. EMDR therapy: An overview of current and future research // *Revue Européenne de Psychologie appliquée*. 2012. Vol. 62. № 4. P. 193—195. DOI:10.1016/j.erap.2012.09.005
31. The aftermath of 9/11: Effect of intensity and recency of trauma on outcome / B. Ganzel [et al.] // *Emotion*. 2007. Vol. 7. № 2. P. 227—238. DOI:10.1037/1528-3542.7.2.227
32. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy to Treat Symptoms Following Trauma in Timor Leste / S.J. Schubert [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. 2016. Vol. 29. № 2. P. 141—148. DOI:10.1002/jts.22084
33. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Электронный ресурс] / World Health Organisation. Geneva, 1992. 377 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> (дата обращения: 15.03.2020).
34. The Mini-International neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10 / D.V. Sheehan [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998. Vol. 59. № 20. P. 22—33.

References

1. Akhmedova X.B. Posttraumatic changes in personality in civilians who survived a threat to life. *Voprosy psikhologii = Questions of psychology*, 2004. Vol. 3, pp. 93—102. (In Russ.).
2. Garanyan N.G. Kognitivno-bikheviornaya terapiya posttraumatic stress disorder [Cognitive-behavioral treatment in: posttraumatic stress disorder] [Elektronnyi resurs]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013. Vol. 21, no. 3, pp. 46—72. URL: <https://psyjournals.ru/mpj/2013/n3/65206.shtml> (Accessed 19.12.2020). (In Russ.).
3. Idrisov K.A. Dinamika posttraumatic stress disorders in civilians who survived the threat to life in a local military conflict zone. Ph. D. (Medicine) diss.]. Moscow, 2002. 184 p. (In Russ.).
4. Tarabrina T.V. et al. Intensive stress in the context of psychological safety. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2017. 344 p. (In Russ.).
5. Turkington D. et al. Kognitivno-bikheviornaya psikhoterapiya shizofrenii: dokazatel'stva effektivnosti i osnovnye tekhniki raboty s gallyutsinatsiyami i bredom [Cognitive-behavioral psychotherapy for schizophrenia: evidence of effectiveness and basic techniques for working with hallucinations and delusions] [Elektronnyi resurs]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroiv [Modern therapy of mental disorders]*, 2011. Vol. 1, pp. 25—32. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20299397> (Accessed 19.12.2020). (In Russ.).
6. Padun M.A. Osobennosti bazisnykh ubezhdenii u lits, perezhivshikh traumatichestkiy stress. Dis. kand. psikhol. Nauk [Features of basic beliefs in persons who have experienced traumatic stress. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2003. 159 p. (In Russ.).
7. Prashko Ya., Mzhny P., Shlepetski M. Kognitivno-bikheviornaya terapiya psikhicheskikh rasstroiv [Cognitive Behavioral Therapy for Mental Disorders]. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2015. 1072 p. (In Russ.).
8. Pushkarev A.L., Domoratskiy V.A., Gordeeva E.G. Posttraumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy]. In Kazachenko B.D. (ed.). Moscow: Izd-vo Instituta psikhoterapii, 2000. 128 p. (In Russ.).
9. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttraumatic stressa [Workshop on the Psychology of Post-Traumatic Stress]. St. Petersburg: Piter, 2001. 272 p. (In Russ.).
10. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttraumatic stressa: teoriya i praktika [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2009. 304 p. (In Russ.).
11. Kholmogorova A.B. Kognitivno-bikheviornye modeli i metody lecheniya generalizovannogo trevozhnogo rasstroiv [Cognitive-behavioral models and methods of treatment of generalized anxiety disorder]. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroiv = Modern therapy of mental disorders*, 2014. Vol. 1, pp. 19—26. (In Russ.).
12. Shapiro F. Psikhoterapiya emotsional'nykh travm s pomoshch'yu dvizhenii glaz: osnovnye printsipy, protokoly i protsedury [Psychotherapy of emotional trauma with eye movements: basic principles, protocols and procedures]. Moscow: Klass, 1998. 491 p. (In Russ.).
13. Wisco B.E. 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. Vol. 223, pp. 17—19. DOI:10.1016/j.jad.2017.07.006
14. Brewin C.R. et al. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 2017. Vol. 58, pp. 1—15. DOI:10.1016/j.cpr.2017.09
15. Maercker A. et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 2013. Vol. 12, no. 3, pp. 198—206. DOI:10.1002/wps.20057

16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013. 991 p.
17. Keeley J.W. et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2016. Vol. 16, no. 2, pp. 109—127. DOI:10.1016/j.ijchp.2015.09.002
18. Cloitre M. et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2013. Vol. 4, no. 1, article ID 20706, 13 p. DOI:10.3402/ejpt.v4i0.20706
19. Karatzias T. et al. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 2017. Vol. 207, pp. 181—187. DOI:10.1016/j.jad.2016.09.032
20. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress [Elektronnyi resurs]. Geneva: WHO, 2013. 273 p. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (Accessed 19.12.2020).
21. Kajantie E., Phillips D.I.W. The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 2006. Vol. 31, no. 2, pp. 151—178. DOI:10.1016/j.psyneuen.2005.07.002
22. Hansen M. et al. Less is more? Assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 2015. Vol. 6, no. 1, article ID 28766, 12 p. DOI:10.3402/ejpt.v6.28766
23. 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, no. 1, pp. 54—61. DOI:10.1080/08039480601129408
24. McLay R.N. et al. Outcomes From Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Active-Duty Service Members With Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2016. Vol. 8, no. 6, pp. 702—708. DOI:10.1037/tra0000120
25. Hyland P. et al. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and behavioral Correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 2018. Vol. 31, no. 2, pp. 174—180. DOI:10.1002/jts.22272
26. 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, no. 3, pp. 264—274. DOI:10.1002/da.22723
27. Smith M.Y. et al. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*, 1999. Vol. 8, no. 6, pp. 521—537. DOI:10.1002/(SICI)1099-1611(199911/12)8:6%3C521::AID-PON423%3E3.0.CO;2-X
28. Cusack K. et al. Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2016. Vol. 43, pp. 128—141. DOI:10.1016/j.cpr.2015.10.003
29. Karatzias T. et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 2017. Vol. 8, no. 7, 7 p. DOI:10.1080/20008198.2017.1418103
30. Shapiro F. EMDR therapy: An overview of current and future research // *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2012. Vol. 62, no. 4, pp. 193—195. DOI:10.1016/j.erap.2012.09.005
31. Ganzel B. et al. The aftermath of 9/11: Effect of intensity and recency of trauma on outcome. *Emotion*, 2007. Vol. 7, no. 2, pp. 227—238. DOI:10.1037/1528-3542.7.2.227
32. Schubert S.J. et al. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy to Treat Symptoms Following Trauma in Timor Leste. *Journal of Traumatic Stress*, 2016. Vol. 29, no. 2, pp. 141—148. DOI:10.1002/jts.22084
33. World Health Organisation. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Elektronnyi resurs]. Geneva: WHO, 1992. 377 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> (Accessed 15.03.2020).
34. 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, no. 20, pp. 22—33.

Информация об авторах

Елена Викторовна Казенная, старший преподаватель кафедры психологической антропологии, Институт детства, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), руководитель сертификационного комитета и соучредитель Национальной Ассоциации EMDR в России г. Москва, Российская Федерация, e-mail: ev.kazennaya@mpgu.su

Information about the authors

Elena V. Kazennaya, Senior Lecturer, Department of Psychological Anthropology, Childhood Institute of Moscow Pedagogical State University (MPSU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8506-1552>, e-mail: ev.kazennaya@mpgu.su

Получена 30.01.2020

Принята в печать 06.09.2020

Received 30.01.2020

Accepted 06.09.2020