

КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Н.Г. ГАРАНЯН

Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенной реакцией человека на травмирующее событие. Многие люди восстанавливаются в течение нескольких месяцев после травмы, однако у некоторых симптомы этой реакции сохраняются в течение многих лет. В статье излагаются основные идеи интегративной когнитивной модели ПТСР [Ehlers, Clark, 2000]. Модель объясняет закрепление реакции на стресс особым стилем переработки травматических событий, который порождает стойкое чувство угрозы: 1) чрезмерными негативными оценками травмы и ее последствий; 2) нарушениями автобиографической памяти с преобладанием ассоциативных связей; 3) дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями совладания; 4) прошлым опытом травматизации и исходной когнитивной схемой, которая существовала у пострадавшего до травмы. Рассматриваются основные когнитивно-бихевиоральные стратегии в терапии ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое-стрессовое расстройство, интегративная когнитивная модель ПТСР, когнитивно-бихевиоральная терапия ПТСР.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ) является в настоящее время широко распространенным методом лечения различных психопатологических расстройств. Основные идеи когнитивного подхода были сформулированы в начале 60-х годов в США «диссидентами» от психоанализа Albert Ellis и Aaron Beck. Дальнейшее развитие эти идеи получили в рамках бихевиоризма, значительно изменив последний, что в итоге привело к конвергенции двух подходов.

В настоящее время когнитивная терапия (КТ) значительно расширила свою географию и масштаб: исследовательские центры и центры активного обучения этому методу созданы не только в Америке, но и в

Европе (Швеции, Великобритании, Германии), издано множество специальных монографий и сборников, проводятся международные конференции и симпозиумы.

В целом, КТ — это директивный, структурированный и ориентированный на мишени подход, в основе которого лежит когнитивная модель различных расстройств или дисфункционального поведения. В юбилейном выпуске журнала консультативной и клинической психологии, посвященном 30-летию подхода, Aaron Beck сформулировал следующее определение когнитивной психотерапии: «Мне представляется наиболее удовлетворительным определение когнитивной психотерапии как приложения когнитивной модели к конкретным расстройствам с использованием набора техник, направленных на модификацию дисфункциональных представлений и нарушений процесса переработки информации, характерных для каждого из расстройств»¹.

В рамках когнитивной модели КТ интегрирует множество различных техник, как оригинальных, так и заимствованных из других психотерапевтических систем — гештальттерапии, психодрамы, бихевиоральной и клиент-центрированной терапии. Отличительная особенность КТ заключается в тщательной экспериментальной проверке всех теоретических построений, лежащих в основе терапевтических принципов, и оценках ее эффективности.

В настоящее время область применения когнитивно-бихевиоральной терапии очень широка: когнитивные психотерапевты эффективно работают с целым спектром психопатологических расстройств и психологических проблем — депрессиями [Бек, Раш, Шо, Эмери, 2003] тревожными расстройствами (фобиями, паническими расстройствами, генерализованной тревогой) [Beck, Emery, 1985], расстройствами пищевого поведения [Fairburn, Brownwell, 2002], ипохондрией [Warwick, 1991], личностными расстройствами [Beck, Freeman, 1990], шизофренией [Pegris, 1988], семейными дисфункциями [Epstein, Vaucoum, 1988], психологическими проблемами спортсменов и т. д. Подход применяется в различных условиях (амбулаторных и клинических) и формах (индивидуальной, групповой, супружеской, семейной). Когнитивная психотерапия используется как в краткосрочном варианте (например, 15—20 сеансов при лечении тревожных расстройств), так и в долгосрочном (1—2 года в случае личностных расстройств).

¹ Beck A. Cognitive therapy: past, present and future // J-1 of consulting and clinical psychology. 1993. Vol. 61, № 2. p. 194.

Когнитивная психотерапия постепенно получает признание и в нашей стране. Изданы два специальных выпуска Московского психотерапевтического журнала, целиком посвященные ее теории и практике. Методологические и практические вопросы когнитивной психотерапии всесторонне рассматривались в русскоязычных публикациях [Холмогорова, 1996; Гаранян, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1999; Холмогорова, 2001].

Политические события и экологические катастрофы последнего десятилетия стимулировали интерес специалистов к последствиям «катастрофального» стресса. Когнитивный подход к изучению и лечению ПТСР также стал активно разрабатываться. В настоящее время КТ признана одним из наиболее эффективных средств помощи пострадавшим. Методы когнитивного подхода включены в изданное Американской психиатрической ассоциацией «Руководство по лечению посттравматического стрессового расстройства» [Foa, Davidson, Frances, 1999].

В настоящей главе рассматриваются основные элементы когнитивной модели посттравматического стрессового расстройства, а также описываются основные этапы и приемы когнитивно-бихевиоральной психотерапии этого состояния.

Когнитивная модель ПТСР

Посттравматическое стрессовое расстройство является распространенной реакцией на тяжелое травмирующее событие — угрозу смерти или тяжелое повреждение. В самом общем виде его симптомы можно сгруппировать в три основных кластера: а) повторного нежелательного переживания события; б) избегания; в) гипервозбуждения. У многих людей некоторые из этих симптомов появляются сразу после травматического события. Значительная часть пострадавших избавляется от них в течение нескольких последующих недель или месяцев, однако у определенной части лиц они сохраняются длительное время [Kessler et al., 1995]. Эти пациенты нуждаются в лечении, поскольку испытывают интенсивный душевный дискомфорт, а их социальная и профессиональная деятельность зачастую сильно нарушена.

Диагностические характеристики ПТСР

Диагнозу ПТСР соответствуют (по DSM-IV) пережитый экстремальный стресс и характерное сочетание симптомов, присутствующих не менее 1 месяца. Если симптомы присутствуют дольше 3 месяцев, диагностический код изменяется с «острого» на «хронический». Если

симптомы появляются через 6 месяцев с момента пережитого стресса, говорят об «отсроченном начале». Симптомы можно сгруппировать в три кластера.

I. 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, что травмировавшее событие возвращается как будто наяву (что может включать иллюзии, галлюцинации и диссоциативные обратные видения — флэшбэк), и может сопровождаться соответствующим поведением;
- в ночных кошмарах (само событие или другие пугающие образы часто возвращаются в сновидениях);
- в форме преувеличенного эмоционального дискомфорта при воздействии внутренних или внешних сигналов, символизирующих травматическое событие;
- в интенсивной физиологической реакции на сигналы, напоминающие человеку событие в целом или какие-то его фрагменты.

II. *Избегание или эмоциональное оцепенение* проявляется, по меньшей мере, в 3 из перечисленных форм:

- в избегании видов деятельности, мест или людей, связанных с травматическим событием;
- в ощущении укороченной перспективы будущего (например, в отсутствие ощущения, что нормальная жизнь когда-либо вернется);
- в избегании мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой;
- в снижении интереса к участию в когда-то вызывавших удовольствие видах деятельности;
- в ощущении отделенности или эмоционального отчуждения от других людей;
- в неспособности вспомнить важные аспекты травматического опыта;
- в ощущении суженного спектра эмоциональных проявлений (например, неспособности испытывать чувство любви).

III. *Постоянная повышенная возбудимость*, проявляющаяся в 2 или более из указанных симптомов:

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

Интегративная когнитивная модель ПТСР (по А. Ehlers и D. Clark)

Когнитивная модель ПТСР объясняет возникновение и хронификацию симптомов посттравматического стресса. Она также создает стратегическую основу для когнитивно-бихевиоральной психотерапии данного расстройства.

В данном разделе описывается *интегративная когнитивная модель ПТСР*, разработанная специалистами из Оксфордского университета [Ehlers, Clark, 2000]. Эта модель связывает типичное для ПТСР чувство постоянно присутствующей угрозы с рядом когнитивных и поведенческих факторов:

- когнитивными оценками травмы и ее последствий;
- спецификой запоминания травматического опыта и характером взаимосвязи этого вида памяти с автобиографическими воспоминаниями;
- дисфункциональными поведенческими и когнитивными стратегиями совладания;
- прошлым опытом травматизации и исходной когнитивной схемой (базисных представлений о мире и собственной личности), которая существовала у пострадавшего до травмы.

Рассмотрим последовательно каждый фактор модели.

Когнитивные оценки травмы и ее последствий

Пострадавшие, у которых вслед за пережитой травмой развиваются симптомы ПТСР, отличаются от спонтанно выздоровевших особым типом восприятия травматического события и его последствий. Как правило, им не удается воспринимать трагическое событие как ограниченное во времени и не имеющее глобальных негативных последствий для всего будущего. Их когнитивные оценки происшедшего и возможных последствий порождают ощущение постоянно присутствующей угрозы, которая может быть локализована во вне («Мир стал более опасным») или исходить от самого индивида («Я неспособен постоять за себя и близких»).

По-мнению А. Ehlers и D. Clark, чувство постоянно присутствующей угрозы может быть связано с несколькими типами когнитивных оценок травмировавшего события:

- 1) по механизму *сверхобобщения* пострадавшие люди могут начать рассматривать совершенно обычные обстоятельства как опасные. Они могут преувеличивать вероятность очередной катастрофы (когнитивное искажение «*катастрофизация*»), могут рассматривать факт случившегося как доказательство, что они «притягивают беды» и «с ними вечно случается что-нибудь плохое» (когнитивное искажение «*персонализа-*

ции»). Очевидно, что такое восприятие случившегося не совместимо с продуктивным совладанием. Эти когнитивные оценки порождают поведение избегания, которое, в свою очередь, подкрепляет страх. Примером этого «порочного круга» может служить типичное после дорожно-транспортного происшествия избегание вождения автомобиля в силу нереалистичных представлений о вероятности очередного происшествия или избегание социальных контактов после сексуального насилия по причине столь же нереалистичных прогнозов;

2) пострадавшие могут искаженно оценивать *собственное поведение* во время происшествия, что индуцирует ощущение угрозы. Так, женщина, испытавшая во время изнасилования сексуальное возбуждение, интерпретирует свою реакцию как свидетельство существования неконтролируемых и чуждых желаний. Состояние растерянности, оцепенения во время события может трактоваться как признак «слабоволия и неспособности справляться с бедами».

Негативные оценки последствий травмы могут порождать ощущение постоянно присутствующей угрозы и способствовать упрочению ПТСР. Такими оценками являются:

1) *интерпретации первичных признаков постстрессового расстройства.*

Симптомы острой постстрессовой реакции (вторгающиеся воспоминания, обратные видения, раздражительность, неустойчивость настроения, трудности концентрации внимания и т. д.) могут возникать вскоре после травмы. Пострадавшие, чаще всего, не знакомы с нормальным ходом восстановления после экстремального стресса. Поэтому многие из них рассматривают перечисленные симптомы как признаки необратимых нарушений, видят в них угрозу физическому и психическому благополучию. Последствия этих интерпретаций очевидны — интенсивные отрицательные эмоции (тревога, депрессия, гнев) и дисфункциональные стратегии совладания, лишь закрепляющие посттравматическое расстройство. Если вторгающиеся воспоминания рассматриваются как признаки «помешательства» или «утраты контроля над собственным рассудком», пострадавший может стараться волевым путем «выбросить их из головы». Активное подавление воспоминаний парадоксальным образом способствует их более частым вторжениям по принципу: «не думай о белой обезьяне»;

2) *интерпретации реакций других людей во время события и после него.*

Очень часто близкие друзья и члены семьи пострадавшего не знают, как правильнее себя с ним вести. В силу бытующих представлений о деликатности они стараются «не тревожить» его и избегают прямых разговоров о случившемся. Такое поведение окружающих может интерпре-

тироваться как признак «безразличия» или, что еще опаснее, как свидетельство их убежденности, что «случившееся произошло по вине пострадавшего». Эти когнитивные оценки способствуют возникновению таких симптомов ПТСР, как социальное отчуждение и изоляция. Они не позволяют пострадавшим активно обсуждать случившееся с близкими людьми, что лишает их возможности «вентилировать» болезненные переживания и корректировать искаженные представления о последствиях события;

3) *оценки последствий травмы для жизни пострадавшего.*

Травматическое событие может оказывать воздействие на разные стороны жизни людей — физическое здоровье, внешность, профессиональную и финансовую ситуацию. Люди, болеющие ПТСР, склонны интерпретировать эти воздействия как признаки необратимых жизненных изменений к худшему.

В таблице 1 приводятся примеры негативных когнитивных оценок травмы и ее последствий.

Таблица 1

Примеры идеосинкретических негативных оценок, способствующих ощущению постоянно присутствующей угрозы и хронификации ПТСР²

Предмет оценивания	Примеры негативных когнитивных оценок
Факт травматического события	«Везде опасно» «Следующее несчастье вот-вот произойдет»
«Это случилось со мной»	«Я навлекаю на себя несчастья» «Другие поймут, что я — жертва»
Поведение/переживания во время события	«Я заслужил случившееся» «Я не могу справиться с бедой»
<i>Первичные симптомы ПТСР</i> Раздражительность Вспышки гнева	«Мой характер изменился навсегда» «Мой брак скоро развалится» «Я не могу отвечать за свое поведение с детьми»
Эмоциональное онемение	«Я внутри мертвый» «Я никогда не смогу снова общаться с людьми»
Обратные видения, вторгающиеся воспоминания, ночные кошмары	«Я схожу с ума», «Я никогда не избавлюсь от этого»
Трудности сосредоточения	«Мой мозг повредился»,

² Ehlers A., Clark D. A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour research and therapy. 2000. Vol. 38, p. 322.

	«Я не смогу работать»
<i>Поведение других людей после травмы</i>	
Положительное отношение	«Они считают, что я слабый и не могу справиться сам» «Я потерял способность испытывать близость к кому бы то ни было»
Негативное отношение	«Нет никого рядом» «На людей нельзя положиться»
<i>Другие последствия травмы</i>	«Мое тело разрушено»
Физические последствия	«Я никогда не вернусь к нормальной жизни»
Утраты работы, денег	«Я потеряю детей» «Стану бездомным»

Пациенты, страдающие ПТСР, переживают целый спектр отрицательных эмоций. Согласно когнитивной модели, искаженные когнитивные оценки травмы и ее последствий хронифицируют эти эмоциональные реакции [Beck, 1997]. Оценки, связанные с угрозой, порождают тревогу («Везде опасно»); с темой несправедливости и нарушения личных границ — к сильным переживаниям гнева («Со мной обошлись несправедливо»); с собственной ответственностью за случившееся — интенсивное переживание вины; с утратой — тоску («Моя жизнь никогда не станет прежней»).

Специфика «травматической» памяти

Память, связанная с экстремальным происшествием, обладает целым рядом особенностей. С одной стороны, пациенты могут испытывать трудности при целенаправленных попытках воспроизвести полную и точную картину происшествия, с другой — страдают от частых непроизвольных наплывов воспоминаний в очень живой и эмоционально окрашенной форме.

Когнитивная модель ПТСР пытается объяснить указанное расхождение между затрудненным произвольным припоминанием и легко возникающими непроизвольными воспоминаниями. В поиске объяснения специалисты пристально изучали феномен непроизвольного повторного переживания травмы [Foa, Rothbaum, 1998]. Они зафиксировали следующие характеристики этого явления:

- наплывы непроизвольных воспоминаний, состоящие из сенсорных впечатлений, а не мыслей;
- сенсорные ощущения, которые переживаются будто они происходят «здесь и теперь», факт припоминания при этом не осознается;

- первоначальные эмоции и сенсорные ощущения, которые переживаются повторно, даже если индивид получил информацию, опровергающую его представления о случившемся. Так, пациент, отец которого совершил самоубийство, выстрелив в себя, вновь и вновь испытывает состояния панического страха. При этом он испытывает настоящую потребность искать отца и чувствует ответственность за его спасение. Эти состояния отражают его первичные переживания, когда он обнаружил предсмертную записку и ошибочно полагал, что отец отравился снотворными таблетками и его можно было спасти, если действовать быстро;

- возможно повторяющееся изолированное переживание аффекта без сопутствующих воспоминаний. Например, жертва сексуального насилия чувствовала сильную тревогу, когда беседовала с подругой в общественном транспорте. Позднее она осознала, что пусковым моментом стало присутствие мужчины на соседнем сиденье, который был внешне похож на насильника;

- симптомы непроизвольного повторного переживания травматического события запускаются большим количеством стимулов и ситуаций. Многие из этих пусковых стимулов не имеют смысловой (семантической) взаимосвязи с травматическим событием; они лишь совпадали с ним по времени. Это могут быть запахи, освещение, определенные фразы, произносимые с характерной интонацией и т. д.

Предполагается, что трудности произвольного воспроизведения травмы и специфика повторных переживаний связаны со *способом кодирования и представления травмы в памяти*. В норме доступ к автобиографическим воспоминаниям обеспечивается двумя основными стратегиями — поиском по семантическим связям и по ассоциативным каналам. В характерных для ПТСР травматических воспоминаниях временные, пространственные и событийные подробности недостаточно детализированы. Случившееся представляется в памяти фрагментарно. Эти воспоминания также плохо интегрируются с другим автобиографическим материалом в памяти. Как показывают данные исследований, ассоциации «стимул-стимул» и «стимул-реакция» в случае травматического материала оказываются также более прочными [Conway, 1997]. В результате произвольное воспроизведение материала по семантическим связям затруднено, а воспроизведение по ассоциативным каналам, наоборот, осуществляется значительно легче.

Как полагают А. Ehlers и D. Clark, между травматической памятью и когнитивными оценками травмы существует тесная взаимосвязь. Оценки травмы могут обуславливать избирательное воспроизведение матери-

ала, подтверждающего их правильность. Например, пациентка интерпретирует события, случившиеся с ней после ДТП, как доказательство, что «никто не способен проявлять участие и заботу». Она напоминает недружелюбное отношение персонала в больнице и не вспоминает людей, которые пытались помочь ей сразу после аварии, что мешает ей скорректировать убеждения об опасности мира и людской холодности.

Трудности произвольного припоминания событий могут также трактоваться как признаки «необратимых нарушений мозга». Такие качества повторных воспоминаний, как «здесь и теперь», возможность изолированного переживания аффекта, могут служить основой для неадекватных оценок травматических последствий. Некоторые пострадавшие испытывали состояние крайнего одиночества во время травматического события. Такое состояние может повторно возникать у них при контактах с близкими людьми и интерпретироваться как «неспособность нормально общаться» или как признак «изменения отношений в худшую сторону».

Когнитивная модель допускает, что в случаях когда травматическое событие нанесло серьезный урон представлению человека о себе (собственной ценности, собственных способностях), может наступить полная дезорганизация автобиографической памяти.

В целом А. Ehlers и D. Clark выделяют два основных способа непосредственной переработки травмы — «концептуальное кодирование» и «переработка отдельных сенсорных ощущений». Так, в самоотчетах одни пострадавшие сообщают, что во время трагического события их раскусок был необычайно ясным, они могли анализировать происходящее и понимали его смысл. Другие отмечают состояние конфузии и «переполненности» сенсорными впечатлениями. Авторы модели полагают, что последние имеют больший риск возникновения ПТСР, поскольку сохранная способность к концептуальной переработке будет в дальнейшем облегчать произвольное воспроизведение случившегося. Чисто сенсорная переработка станет подкреплять сильные ассоциативные связи, создавая тем самым основу для диссоциации и симптомов повторного нежелательного переживания травмы.

Дисфункциональные поведенческие и когнитивные стратегии совладания

Для облегчения симптомов ПТСР и достижения безопасности пациенты могут использовать различные поведенческие и когнитивные стратегии. Многие попытки устранить дискомфорт лишь способствуют его усилению. Выбор стратегий совладания тесно связан с индивиду-

альной когнитивной оценкой травмы и ее последствий, а также с общими представлениями человека, как лучше справиться с такой ситуацией. Основные дисфункциональные стратегии:

1) *попытки контролировать симптомы ПТСР.*

В качестве примера можно привести стремление «выбросить из головы» все мысли, связанные с травмой. Результат — резкое повышение частоты нежелательных повторных воспоминаний о случившемся. Попытки предотвратить ночные кошмары, сокращая длительность сна (поздно отправляясь спать или вставая очень рано), усиливают другие симптомы ПТСР — трудности концентрации и раздражительность. Постоянное отслеживание признаков опасности повышает частоту повторных переживаний травмы;

2) *гарантирующее «безопасность» поведение.*

Эта стратегия тесно связана с убеждением, что катастрофа обязательно произойдет, если не принять превентивные меры. Так, потерпевший в ДТП может быть чрезмерно бдительным во время вождения автомобиля, пытаясь тем самым снизить вероятность повторного инцидента. Пострадавшие от нападения в собственном доме могут ложиться спать с ножом под подушкой, стараясь свести к минимуму риск быть убитым;

3) *активные попытки не думать о травме.*

Пациенты, страдающие хроническим ПТСР, могут активно избегать мыслей о случившемся, стараясь постоянно чем-либо заниматься. Их попытки осмыслить происшедшее могут носить неэмоциональный характер — как будто они делают сообщение в милиции или составляют журналистское описание, опуская эмоционально насыщенные фрагменты. Такие когнитивно-поведенческие стратегии не позволяют пациентам детально восстановить травматическое событие и увязать его с другими автобиографическими воспоминаниями. Они также не позволяют скорректировать ошибочные прогнозы («Если буду думать о случившемся — сойду с ума»);

4) *избегание напоминаний о травме* — не позволяет скорректировать ошибочные катастрофические прогнозы («Если я увижу .., несчастье может произойти вновь»). Эта стратегия мешает детально восстановлению травматических событий в памяти, закрепляя симптомы повторного переживания травмы;

5) *постоянные размышления о восстановлении справедливости и мести.*

Можно предположить, что эта стратегия подкрепляет негативную глобальную оценку последствий травмы («Случившееся разрушило мою жизнь навсегда»). Она также продуцирует нервозность, дисфорию

и чувство безнадежности, может препятствовать восстановлению события в памяти, поскольку сосредоточивает психическую активность на размышлениях, «как все могло бы быть», а не на деталях происшедшего. Некоторые пациенты с ПТСР сообщают, что они достаточно много говорят и думают о травме, однако это не улучшает их самочувствия. Это связано скорее всего с тем, как они говорят и думают. Видимо, эти пациенты преимущественно сосредоточиваются на размышлениях типа «как бы все могло быть», а не на том, что реально происходило и что они на самом деле переживали. Их разговор также, по-видимому, лишен эмоциональной окраски;

б) *прием алкоголя и медикаментов для снятия тревоги.*

Стремление постоянно «заглушать» тяжелые переживания с помощью алкоголя или самостоятельного приема лекарств может подкрепить дисфункциональное представление, что любая попытка перестать контролировать свое эмоциональное состояние может привести к срыву;

г) *избегание многих видов деятельности, до травмы имевших смысл.*

Многие люди после тяжелой травмы отказываются от ранее привычных занятий спортом, от увлечений, встреч с друзьями. Эта стратегия не позволяет произойти желательным изменениям в когнитивных оценках травмы типа «люди отнесутся ко мне недоброжелательно, если узнают, что со мной произошло». Эта стратегия блокирует также восстановление целостного образа «Я» и интеграцию травматического события в автобиографическую память.

Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и последующих стратегий совладания детально представлена в табл. 2.

Таблица 2

Взаимосвязь когнитивных оценок травмы и дисфункциональных стратегий совладания

Когнитивные оценки травмы и ее последствий	Дисфункциональные стратегии совладания
Если буду думать о случившемся ...Я сойду с ума ...Потеряю контроль над своими действиями и нанесу кому-либо увечье ...Разовьется сердечный приступ ...Пострадает здоровье	Пытаться не думать о травме; быть постоянно чем-либо занятым; контролировать эмоциональные проявления; употреблять алкоголь или медикаментозные средства
Если я не буду усиленно контролировать свои чувства ... Я не смогу работать и потеряю работу	Эмоциональное онемение; избегание всего, что может вызвать положительные или отрицательные эмоции

... «Выйду из себя» и нанесу оскорбления другим людям	
Если мне не удастся понять, как можно было предотвратить событие ...Что-нибудь похожее повторится вновь	«Зацикливаться» на мыслях о том, как можно было предотвратить случившееся
Если я не найду способ наказать обидчика, он будет победителем, а я — ничтожеством	Фиксироваться на мыслях о мести
Если я попаду на место случившегося Если я надену те же вещи ...Несчастье повторится ...Со мной случится нервный срыв	Избегать пребывания в этом месте; избегать ношения похожей одежды
Если я не приму особые меры предосторожности ... На меня снова нападут	Носить оружие; сохранять бдительность по отношению к подозрительным людям; избегать людных мест; стремиться занять место, близкое к выходу
Если я придумаю планы (например, на праздник) ...Несчастье произойдет вновь	Не делать никаких планов на будущее
Если я снова встречу с друзьями ...Они будут расспрашивать меня о случившемся и увидят, что я слабонервный, потому что я до сих пор переживаю случившееся	Избегать встреч с друзьями
Если я буду делать то, что мне раньше приносило удовольствие ... Я навлеку на себя наказание ...Я буду не в силах справиться с чувствами ...Я вспомню о случившемся и не смогу справиться с этими воспоминаниями	Забросить все ранее приятные занятия
Если я лягу спать ...Мне приснятся кошмары ...Я не замечу нападения	Бодрствовать допоздна
Если мне придется переживать еще какой-либо стресс ...У меня будет сердечный приступ ...Случится нервный срыв	Избегать всех потенциально стрессогенных ситуаций

Прошлый опыт и убеждения

Наряду с вышеперечисленными факторами когнитивная модель ПТСР рассматривает прошлый опыт индивида и его систему убеждений. Наличие травмы в прошлом повышает риск развития ПТСР после следующей травматизации. Когнитивная модель объясняет это явление таким образом. Травмы детского возраста невозможно переработать концептуально. Последующая травма будет вызывать у взрослого пострадавшего соответствующие воспоминания, в результате переработка впечатлений от случившегося опять происходит по сенсорно-ассоциативному типу. Прежние травмы могут дополнять когнитивную оценку новой травмы негативными дополнительными нюансами. Например, девушка, пережившая сексуальное насилие в детстве, может интерпретировать происшедшее во взрослом возрасте изнасилование как свидетельство того, что «она не заслуживает лучшего обращения» или «пробуждает в людях все самое худшее».

Риск развития ПТСР повышается и определенной жизненной философией, которой придерживался пострадавший до травмы. Так, убеждения типа «Со мной не должно случаться ничего плохого», «В нормальной жизни нет места трагедиям» сильно затрудняют переработку экстремального стресса. Люди, сознательно или бессознательно придерживающиеся таких убеждений, не в силах выдержать соприкосновение с трагическими аспектами жизни, не могут принять случившегося и долго пребывают в состоянии уныния или неконструктивной ярости. Зачастую они приходят к сверхобобщенным и пессимистическим выводам — «В этой стране надеяться не на что».

Эмпирическая проверка когнитивной модели ПТСР

Некоторые исследования свидетельствуют о существенной роли когнитивных факторов в развитии ПТСР. В исследовании жертв сексуального насилия когнитивные переменные надежно предсказывали возникновение ПТСР в течение 6—9 месяцев после травмы [Dunmoge, Clark, Ehlers, 2001]. В исследовании, проведенном в Северной Ирландии, участвовали пострадавшие от взрыва бомбы террористов в супермаркете города Омаха (29 человек были убиты и сотни человек ранены). Было обнаружено семь факторов, статистически достоверно коррелировавших с симптомами ПТСР. Наиболее сильная связь установлена для когнитивных факторов (негативная оценка симптомов и собственного «Я», навязчивые размышления о случившемся). Другими факторами (по мере убывания их статистической значимости) были: подавление мыслей/чувств, мысль о возможной смерти во время взрыва, присутствие в

супермаркете непосредственно во время взрыва убеждения об «опасности мира», ранение во время взрыва. Связь такого фактора, как «получение ранения» с симптомами ПТСР, в 2 раза слабее, чем связь с негативными оценками симптомов и собственной личности [Clark, 2000].

Когнитивно-бихевиоральные стратегии в психотерапии ПТСР

Основные задачи когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР

Согласно когнитивной модели ПТСР, благополучное исцеление связано со следующими процессами:

- тщательная оценка воспоминаний, интегрирование травматического опыта для избавления от симптомов повторного нежелательного переживания травмы;
- изменение дисфункциональных когнитивных оценок травмы и ее последствий, которые сопряжены с ощущением постоянно присутствующей угрозы;
- блокирование дисфункциональных поведенческих и когнитивных стратегий совладания, которые блокируют восстановление памяти о событии, усиливают симптомы ПТСР и препятствуют коррекции определенных оценок травмы.

Современная когнитивная психотерапия располагает большим арсеналом средств, позволяющих реализовать перечисленные задачи [Лихи, 2002; Foa, Rothbaum, 1998; Meichenbaum, 1997; Ehlers, Clark, 2000]. Рассмотрим основные этапы и приемы такой работы.

Психологические интервенции в течение первых недель после травмы

Специалисты по ПТСР единодушно отмечают, что представление об этом расстройстве радикально изменилось в последние 10 лет. Сейчас многие исследователи признают, что значительные психофизиологические изменения являются нормальной реакцией на стресс. Эти изменения могут включать нарушения сна, трудности концентрации, сильное чувство тревоги, печали, гнева, горя, повышенную раздражительность, бдительность, нарушения работоспособности и социального функционирования, избегание мыслей и обстоятельств, ассоциирующихся с травмой, и непроизвольное повторное переживание травматического опыта.

Таким образом, перечисленные симптомы можно считать нормой реакции, которая имеет место у большинства людей. Целенаправленные исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев эти симптомы проходят самостоятельно, без каких-либо специальных

интервенций [Ehlers, Clark, 2002]. Анализ этих данных поставил исследователей перед необходимостью быть осторожнее при проведении каких-либо мероприятий сразу после травматического происшествия.

В первые недели после травмы пострадавшим может быть предложена «первая психологическая помощь». Не рекомендуется применять на этом этапе какие-либо специальные психологические интервенции. Основные рекомендации:

- обеспечить возможность удовлетворения всех физических нужд (медикаменты, еда, вода);

- обеспечить атмосферу безопасности;

- оказать практическую помощь в выполнении бытовых дел;

- помочь восстановить контакт с членами семьи, друзьями и т. д.;

- ориентировать на постоянный контакт с самыми любимыми людьми;

- начать «психообразовательную» работу (psychoeducation):

- информировать пострадавших о различных реакциях, возникающих в ответ на очень тяжелые события, «нормализовать» эти реакции;

- рассказать, что самое типичное развитие событий — это выздоровление, сделав акцент на сведениях о выносливости человеческой психики;

- рекомендовать не смотреть телевизор;

- оказывать помощь в принятии конкретных жизненных решений («Что Вы в состоянии сейчас делать? Что следует сделать в первую очередь? Что можно отложить? Что я могу сделать для других?»).

Любые обсуждения травмы в первые недели после нее должны происходить по желанию пострадавшего. Психотерапевтам не рекомендуется поощрять пациентов вновь и вновь рассказывать о случившемся для предотвращения возникновения ПТСР. Не следует перегружать пострадавших информацией.

Этапы и приемы когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР

Диагностический этап

Начальный этап когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР связан с тщательной *клинической диагностикой*. В ходе детального рассмотрения картины психических расстройств особое внимание уделяется:

- злоупотреблению алкоголем или другими веществами;

- наличию травм в анамнезе;

- оценке тяжести депрессии и тревоги;

- эффективности социальной поддержки пациента.

Необходимо также провести *когнитивную диагностику случая* — выявить основные когнитивные темы, которые станут мишенями тера-

пии. Для этого пациента просят мысленно вернуться к событию и попытаться определить, каковы самые тяжелые моменты в происшедшем? Воспоминания, связанные с самым сильным дискомфортом, подвергаются дальнейшему анализу. Психотерапевт старается уточнить, каким смыслом наделяет их пострадавший, существуют ли у него непроизвольно возникающие образы? Модальность ведущих эмоциональных переживаний (тоска, горе, тревога, гнев, вина) также может служить хорошей подсказкой к когнитивным темам.

Выявить дисфункциональные оценки последствий травмы:

— вопрос: «Что было наиболее тяжелым после травмы?»

— исследование представления пострадавшего о симптомах, о его будущем, о поведении других людей.

При отсроченном начале ПТСР необходимо установить события, которые изменили первоначальное восприятие травмы и ее последствий.

Для диагностики дисфункциональных стратегий совладания могут быть полезны вопросы:

— Как Вы пытаетесь справиться со случившимся?

— Что, на Ваш взгляд, помогает справляться с травмой лучше всего?

— Чего Вы избегаете?

— Как Вы справляетесь с наплывами воспоминаний?

— Как Вам кажется, что произойдет с Вами, если Вы позволите себе погрузиться в воспоминания о происшествии?

— Что произойдет с Вами, если Вы вновь испытаете огорчение по поводу случившегося?

— Можно ли сказать, что Вы фиксируетесь на определенных мыслях? Каково содержание этих мыслей?

В ходе диагностики необходимо выявить характер травматических воспоминаний и наличие непроизвольных воспоминаний. Следует установить, существуют ли провалы в памяти, путаница в последовательности событий, обладают ли непроизвольные воспоминания качеством «здесь и теперь», содержат ли значительный сенсорный и моторный компоненты.

Информирование о ходе лечения

При проведении когнитивно-бихевиоральной терапии пациента информируют о наличии у него ПТСР и специфике лечебного процесса. Суть диагноза может разъясняться специалистом или пострадавший получает информацию из специально изданной литературы. Пособие для пациентов, разработанное Р. Лихи [2002], объясняет, что «травматические события настолько необычны и болезненны, что разум не может «вместить» их или

«переработать» из-за интенсивности эмоций. Следовательно, разум «отключается» или «отфильтровывает» наиболее тяжелый и болезненный материал из сознания. Позже этот чрезмерно болезненный материал 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 слишком болезненно, поэтому пострадавший начинает избегать ситуаций и воспоминаний, напоминающих о травме. Наряду с этим он 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»⁴.

Пациенту объясняют, что «лечебный процесс предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Это помогает ему осознать, что 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 пострадавший думает о себе, какие чувства он испытывает к себе, к другим людям, к миру в целом. Подобные исследования могут привести к новым, более продуктивным стратегиям совладания. Наконец, мы сможем установить, какие ситуации избегаются, и развить новый, более эффективный способ справляться с ними.

Таким образом, на информационном этапе необходимо:

- сообщить пациенту, что симптомы ПТСР являются распространенной реакцией на очень тяжелые события;
- детально рассмотреть индивидуальную картину ПТСР и разъяснить пациенту характер наиболее тревожных для него ощущений;
- объяснить, что используемые пациентом средства подходят для устранения стресса повседневной жизни; однако в экстремальном случае они лишь хронифицируют стресс;
- сообщить, что лечение включает полную переработку травмы и изменение тех условий, которые запускают стрессовые реакции.

Эффективно сравнение травматической памяти с детской игрушкой-головоломкой, в которой нужно собрать изображение из многочисленных фрагментов. «Пока эти фрагменты разбросаны на полу, о них все время кто-то спотыкается. Когда мы тщательно рассмотрели все кусочки и поставили их на свои места, изображение можно убрать с дороги»⁵.

⁴ *Lухи Р., Сэмпл Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 150.

⁵ *Ehlers A., Clark D.* A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour research and therapy. 2000. Vol. 38. P. 337.

Восстановление привычных занятий

Как указывалось выше, пациенты с ПТСР часто бросают занятия, ранее доставлявшие им удовольствие и делавшие их жизнь осмысленной. Они также часто испытывают ощущение, что их жизнь застыла на травматическом событии. Пациентам рекомендуют восстановить прежние виды деятельности.

Рекомендация помогает восстановить автобиографический контекст памяти. Значительное начинание (купить кроссовки и снова начать прогулки по выходным дням) зачастую эффективно помогает преодолеть неприятное ощущение «застывшей жизни». Если физические последствия травмы не позволяют вернуться к прежним занятиям, им нужно найти удовлетворительную замену. При планировании занятий следует выявить убеждения пациента, которые могут препятствовать выполнению терапевтической программы, и проработать их. Приемы сократического диалога, используемые в работе с дисфункциональными мыслями и убеждениями, подробно изложены в русскоязычных публикациях по когнитивной психотерапии [Гаранян, 1996; Холмогорова, Гаранян, 1999].

Оживление травматических воспоминаний и когнитивное реструктурирование

Важнейшая задача лечения — стимулировать пациента к составлению полного и детального описания травматического опыта. Существует два варианта этой процедуры: оживление травматических воспоминаний в присутствии терапевта и с его помощью и самостоятельное составление письменного рассказа [Лихи, 2002]. Этот прием способствует интеграции разрозненных воспоминаний о травме, восстанавливает диссоциированные фрагменты воспоминаний; помогает выявить когнитивные оценки травмы; эмпирически опровергает представление некоторых пациентов, что они «сойдут с ума», «потеряют контроль над собой» или «умрут», если будут детально обдумывать трагическое событие.

После тщательного обоснования процедуры пациенту дается инструкция оживлять травматические события в своем сознании, стараясь создавать как можно более реалистичные образы и подключать собственные мысли по поводу происходящего и чувства. Затем пациента просят дать словесное описание происходящего, оставаясь в настоящем времени. Помогая пациенту, терапевт задает вопросы: «Что ты сейчас видишь?», «Что ты сейчас чувствуешь?», «Где ты испытываешь это ощущение?», «Какие мысли мелькают в голове?». В ходе повествования пациента просят оценить уровень эмоционального дискомфорта по 10-

балльной шкале. Этот прием помогает выявить самые «горячие точки». Первоначальное оживление начинается с воспроизведения первых эпизодов и завершается моментом, когда пациент уже ощущает себя в безопасности. Акцент упражнения может быть сосредоточен на отдельных проблемных аспектах воспоминаний.

В ходе упражнения терапевт и пациент выявляют и обсуждают когнитивные оценки и убеждения, связанные с травмой. Используются техники когнитивного переструктурирования, которые помогают пациенту научиться отслеживать собственные когнитивные процессы, оценивать реалистичность мыслей, взвешивать аргументы «за» и «против», конфронтровать с ними во внутреннем диалоге. При последующем выполнении упражнения на оживление травматических воспоминаний пациент подключает альтернативные интерпретации событий. При соединении этих процедур соблюдается определенный баланс: необходимо распознать неадекватную когнитивную оценку и изменить ее в ходе повествования, в то же время описание должно оставаться как можно ближе к реальности, чтобы пробудить соответствующие эмоции.

При самостоятельной работе с травматическими воспоминаниями пациента просят написать изложение с максимальным количеством деталей происшедшего, включая цвета, запахи, звуки, тактильные ощущения, чувства и мысли, и прочесть 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 этом случае терапевт может 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, по мнению Р. Лихи [2002], предохраняло ее от полного воздействия образа.

Пролонгированное погружение в воображении

Пациенты с ПТСР убеждены, что они не вынесут тяжелых мыслей, чувств и образов, которые возвращаются столь часто. Процедура позволяет выявить самую сердцевину травматических воспоминаний и стимулирует пациента практиковаться в длительном погружении в них на сеансе с помощью терапевта. Терапевт вновь обращается к написанно-

му рассказу и просит пациента медленно читать его вслух, сосредоточиваясь на каждой детали. После каждого прочтения пациент оценивает собственную тревогу по шкале «субъективного дистресса» от 0 (нет тревоги) до 10 баллов (паника). Ожидается, что с каждым новым прочтением тревога будет снижаться. Следует отметить, что вначале, когда пациент не разрешает себе отвлекаться или как-то иначе избежать травматических воспоминаний, тревога может возрастать. В качестве домашнего задания можно рекомендовать ежедневно читать описание травматического события в течение 30 минут.

Один из вариантов погружения в воображении — это «переписывание сценария» [Smucker, Dancu, 1999]. При первоначальном припоминании травмы (например, изнасилования), пациентка может рассматривать себя как маленькую, слабую, подверженную неприятностям. При «переписывании сценария в воображении» ее просят создать другую историю. Здесь она гораздо крупнее насильника и агрессивно атакует его. Ее поощряют представлять себе насильника маленьким, уродливым, слабым, неполноценным, стимулируют фантазировать, как она одерживает верх над обидчиком и унижает его. Эта процедура позволяет ей создать новый образ себя и новый конец истории. В качестве домашнего задания можно предложить пострадавшему создать историю о новых способах «совладания». В ходе повторных прочтений этого события он начинает представлять себе более благоприятный финал.

Погружение in vivo и когнитивное переструктурирование

Эта техника позволяет эффективно преодолеть поведение избегания и справиться с травматическим опытом. Пациента поощряют посещать места и выполнять виды деятельности, которые вызывают у него сильный страх и поведение избегания. После посещения места травмы очень важно обсудить сходство и различия между новыми и старыми сенсорными впечатлениями. Это обсуждение поможет пациенту восстановить временную перспективу и вновь различать безвредные стимулы, которые лишь случайно по времени совпали с травматическим событием, от сигналов опасности, которые тогда имели место.

Погружение in vivo служит также способом избавиться от ощущения опасности. Пациенту предлагается выполнить определенный вид деятельности (которого он избегал) в качестве бихевиорального эксперимента. Его просят:

- определить наихудший исход событий;
- определить его вероятность до погружения в пугающее занятие;
- выполнить этот вид деятельности;

— определить вероятность наихудшего исхода после выполнения эксперимента.

Чтобы усилить эффект, испытуемого просят оставить все используемые им приемы «безопасного поведения». Например, водителя, пытающегося сесть за руль после аварии, просят оставить все применявшиеся им стратегии «предотвращения катастрофы» и возвратиться к обычной манере езды — прервать без конца смотреть в боковое зеркало, включить радио (которое ранее было выключено, чтобы не отвлекаться от дороги), тщательно смотреть за вращающимся колесом и т. д.

Выявление триггеров повторяющихся воспоминаний и эмоций

С целью снижения интенсивности симптомов повторного переживания травмы пациенту помогают лучше дифференцировать сенсорные стимулы, связанные с травмой, и те, с которыми он сталкивается в повседневной жизни. Эта процедура требует следующих шагов.

- Тщательно исследовать ситуации, в которых возникают эти симптомы, и установить пусковые стимулы (они могут не иметь семантической связи с травмой — освещение, прикосновения, движения, запахи и т. д.).

- Детально обсудить сходство и различие стимулов прошлого и настоящего. Например, жертва изнасилования испытывает интенсивный дискомфорт во время интимной близости с мужем. Терапевт и пациент подробно обсуждают, как вел себя насильник и как ведет себя супруг. Может выясниться, что здесь существует некоторое сходство: оба прикасались к определенным частям тела, было темно, произносились какие-то слова. Вслед за этим очень подробно обсуждаются различия с особым акцентом на намерениях каждого из мужчин и их отношении к ней. В результате пациентка приобретает возможность увидеть, что одинаковые сенсорные стимулы имеют абсолютно разный смысл в разных обстоятельствах.

- Дать инструкцию — во время интимной близости с мужем специально фокусировать внимание на деталях, которые отличны от ситуации изнасилования, изменить некоторые внешне сходные условия (например, характер освещения).

Тренинг управления тревогой

Многие пациенты с ПТСР переполнены тревогой. Мышечная и дыхательная релаксация, отвлечение внимания на описание простых объектов помогают справляться с ней. Например, пациенту дается инструкция «Описать цвет каждого предмета в комнате» с целью отвлечь от тревожных переживаний. Техники управления тревогой не должны использоваться во время сеансов с процедурой погружения.

Когнитивное переструктурирование

На сеансе и при выполнении домашних заданий пациент должен выявлять и регистрировать негативные мысли, связанные с 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 помогает оспорить эти тревожные мысли, задавая традиционные для когнитивной терапии вопросы: «Существуют ли разные степени доверия 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?».

Заключение

В этой статье мы кратко описали когнитивную модель ПТСР и некоторые приемы когнитивно-бихевиоральной терапии этого расстройства. Сильная сторона подхода заключается в том, что он основан на отчетливых теоретических представлениях, как возникает ПТСР. Эти теоретические представления находят подтверждение в эмпирических исследованиях. Эффективность данного вида психотерапии также подтверждается соответствующими интервенционными исследованиями [Foa, Davidson, Frances, 1999; Ehlers, Clark, 2002].

Наиболее весомые доказательства представляют данные, полученные с помощью процедуры метаанализа. Например, с целью сравнения эффективности КТ и других подходов к лечению ПТСР бразильские авторы рассмотрели результаты 23 рандомизированных контролируемых исследований с участием 1923 пациентов с ПТСР, проведенных с 1980 по 2005 год. Они сделали вывод, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия, когнитивная психотерапия и бихевиоральная терапия, основанная на технике погружения в пугающую среду, обладают примерно одинаковой эффективностью в лечении ПТСР [Mendes, Mello, Ventura, 2008].

Авторы более поздней публикации включили в метаанализ 57 рандомизированных контролируемых исследований, последние из которых были опубликованы в конце 2008 года. Тип травмы, полученной пациентом, не учитывался составителями данного обзора. Результаты этой ма-

тематической процедуры позволяют утверждать, что техника погружения, независимо от сопутствующего когнитивного реструктурирования, вызывает значительную редукцию симптомов ПТСР по сравнению с «отсутствием терапии» и такими минимальными вмешательствами, как релаксационный тренинг и поддерживающее консультирование. Наряду с этим получены данные, что изолированное когнитивное реструктурирование, не сопровождающееся погружением в пугающую среду, более эффективно, чем так называемое «обычное лечение» и релаксационный тренинг (А. Gonzalez-Prendes, S. Resko, 2009).

ЛИТЕРАТУРА

- Бек А., Раш Ф., Шо Б., Эмери Г.* Когнитивная терапия депрессии. М.-СПб.: Питер, 2003.
- Бек А., Фриман А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. М.-СПб.: Питер, 2002.
- Гараян Н.Г.* Практические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 29—48.
- Лихи Р., Сэмпл Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 1—18.
- Холмогорова А.Б.* Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 7—28.
- Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. М.: Когито-Центр, 2000. С. 224—265.
- Холмогорова А.Б.* Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 6—18.
- Beck A., Emery G.* Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New-York: Basic books, 1985.
- Beck A.* Cognitive therapy: past, present and future // J-I of consulting and clinical psychology. 1993. Vol. 61. № 2. P. 194—198.
- Beck A.* A new study of cognitive therapy for inpatients with schizophrenia // Cognitive therapy today. 2003. Vol. 8, № 3. P. 1—3.
- Beck A.* Cognitive therapy and the emotional disorders. — New-York: International Universities Press, 1976.
- Clark D.* A community survey of the psychological consequences of the Omagh bomb and predictors of PTSD// A paper presented as a part of symposium on the effects of the Omagh bombing presented at the International Congress of cognitive therapy. — Catania, Italy. — June, 2000.
- Conway M.* Introduction: What are memories? // Recovered memories and false memories (ed. by Conway M.). — Oxford: Oxford University Press, 1997. — P. 1—22.

- Dunmore E., Clark D., Ehlers A.* A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // Behaviour Research and therapy. — 2001. — Vol. 39. — P. 1063—1084.
- Gonsales-Prendes A., Resko S.* Cognitive-behavioral theory of PTSD. — In: Effective treatments for PTSD (practice guidelines from international society for traumatic stress studies) (ed. by E. Foa, M. Fiedman, J. Cohen) — New-York: Guilford Press, 2009.
- Ehlers A., Clark D.* A cognitive model of posttraumatic stress disorder// Behaviour research and therapy. 2000 . Vol. 38. P. 319—345.
- Epstein N., Baucom D.* Cognitive-behavioral marital therapy. New York: Bruner and Mazel, 1988.
- Fairburn C., Brownwell K.* Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. 2nd edition. New-York: Guilford Press, 2002.
- Foa E., Rothbaum B.* Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New-York: Guilford Press, 1998.
- Foa E., Davidson J., Frances A.* Treatment of posttraumatic stress disorder // Journal of Clinical Psychiatry. 1999. Vol. 60. Suppl 16.
- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. 1995. Vol. 52. P. 1048—1060.
- Meichenbaum D.* Treating posttraumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy. Chichester: Wiley, 1997.
- Mendes D., Mello M., Ventura P., Passarella C.* A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder // International Journal of Psychiatry Medicine. 2008. Vol. 52. № 3. P. 241—59.
- Smucker M., Dancu C.* Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: imagery rescripting and reprocessing. Northvale: Jason Aronson, 1999.
- Warwick H.* A controlled trial of cognitive psychotherapy for hypochondriasis // Cognitive therapy in clinical practice (ed. Scott J.). London: Routledge and Kegan Paul, 1991). P. 78—102.

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT IN: POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

N.G. GARANJAN

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common reaction to traumatic events. Many people recover in the several months after trigger event, but in a significant subgroup the symptoms persist, often for years. Basic assumptions of integrative cognitive model proposed for stress symptoms chronification (Ehlers A., Clark D., 2000) are presented in the current article. It is suggested that PTSD becomes persistent when individuals process the trauma in a way that leads to a sense of serious

threat: 1) excessively negative appraisals of the trauma and its sequelae; 2) a disturbance of autobiographical memory characterised by strong associative bonds; 3) problematic behavioural and cognitive strategies of coping; 4) previous trauma experience and cognitive schemas. Basic cognitive-behavioral strategies in PTSD treatment are outlined.

Keywords: posttraumatic stress disorder, integrative cognitive model of PTSD, cognitive-behavioral treatment of PTSD.

- Bek A., Rash F., Sho B., Jemeri G.* Kognitivnaja terapija depressii. M.-SPb.: Piter, 2003.
- Bek A., Friman A.* Kognitivnaja psihoterapija rasstrojstv lichnosti. M-SPb.: Piter, 2002.
- Garanjan N.G.* Prakticheskie aspekty kognitivnoj psihoterapii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 1996. № 3. S. 29—48.
- Lihi R., Sjempl R.* Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: kognitivno-bihevioral'nyj podhod // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2002. № 1. С. 1—18.
- Kholmogorova A.B.* Filosofsko-metodologicheskie aspekty kognitivnoj psihoterapii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 1996. № 3. С. 7—28.
- Kholmogorova A.B., Garanjan N.G.* Kognitivno-bihevioral'naja psihoterapija // Osnovnye napravlenija sovremennoj psihoterapii. M.: Kogito-Centr, 2000. С. 224—265.
- Kholmogorova A.B.* Kognitivnaja psihoterapija i perspektivy ee razvitija v Rossii // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2001. № 4. С. 6—18.
- Beck A., Emery G.* Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. New-York: Basic books, 1985.
- Beck A.* Cognitive therapy: past, present and future // J-1 of consulting and clinical psychology. 1993. Vol. 61. № 2. P. 194—198.
- Beck A.* A new study of cognitive therapy for inpatients with schizophrenia // Cognitive therapy today. 2003. Vol. 8, № 3. P. 1—3.
- Beck A.* Cognitive therapy and the emotional disorders. — New-York: International Universities Press, 1976.
- Clark D.* A community survey of the psychological consequences of the Omagh bomb and predictors of PTSD // A paper presented as a part of symposium on the effects of the Omagh bombing presented at the International Congress of cognitive therapy. — Catania, Italy. — June, 2000.
- Conway M.* Introduction: What are memories? // Recovered memories and false memories (ed. by Conway M.). — Oxford: Oxford University Press, 1997. — P. 1—22.
- Dunmore E., Clark D., Ehlers A.* A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault // Behaviour Research and therapy. — 2001. — Vol. 39. — P. 1063—1084.
- Gonsales-Prendes A., Resko S.* Cognitive-behavioral theory of PTSD. — In: Effective treatments for PTSD (practice guidelines from international society for traumatic stress studies) (ed. by E. Foa, M. Fiedman, J. Cohen) — New-York: Guilford Press, 2009.

- Ehlers A., Clark D.* A cognitive model of posttraumatic stress disorder // Behaviour research and therapy. 2000 . Vol. 38. P. 319—345.
- Epstein N., Baucom D.* Cognitive-behavioral marital therapy. New York: Bruner and Mazel, 1988.
- Fairburn C., Brownwell K.* Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. 2nd edition. New-York: Guilford Press, 2002.
- Foa E., Rothbaum B.* Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New-York: Guilford Press, 1998.
- Foa E., Davidson J., Frances A.* Treatment of posttraumatic stress disorder // Journal of Clinical Psychiatry. 1999. Vol. 60. Suppl 16.
- Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.* Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. 1995. Vol. 52. P. 1048—1060.
- Meichenbaum D.* Treating posttraumatic stress disorder. A handbook and practice manual for therapy. Chichester: Wiley, 1997.
- Mendes D., Mello M., Ventura P., Passarela C.* A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder // International Journal of Psychiatry Medicine. 2008. Vol. 52. № 3. P. 241—59.
- Smucker M., Dancu C.* Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: imagery rescripting and reprocessing. Northvale: Jason Aronson, 1999.
- Warwick H.* A controlled trial of cognitive psychotherapy for hypochondriasis // Cognitive therapy in clinical practice (ed. Scott J.). London: Routledge and Kegan Paul, 1991). P. 78—102.