

Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований)

Эстербрук С.А.

*Ассоциация «Глобальные бихевиоральные решения», Спрингфилд, штат Вирджиния, США
Спрингфилд, Вирджиния, США
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: lane1130@yahoo.com*

Орлова Е.А.

*ИОН Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования
Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: orlova.elena64@yandex.ru*

Карпекова Т.А.

*Государственное учреждение образования «Средняя школа № 39»
г. Могилев, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: tkarpiakova@yahoo.com*

Гребенников Ю.Л.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области
«Московский государственный областной университет»,
г. Мытищи, Российская Федерация,
Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: imaruell@gmail.com*

В статье представлен обзор зарубежной литературы по проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР): дается определение, описывается симптоматика, идентифицируются факторы и группы риска; определяются диагностические критерии, положенные в основу постановки диагноза ПТСР; рассматривается существующий диагностический инструментарий и методы терапии, используемые при терапевтической работе с людьми, страдающими ПТСР. Как отмечается в работах ряда исследователей, ПТСР существует в странах с разным социально-экономическим развитием, в разных этнических и социокультурных средах и возрастных группах. Особый акцент в статье делается на рассмотрении когнитивно-бихевиорального подхода, широко применяющегося в практике терапевтической работы с людьми с ПТСР. Авторами рассматриваются концептуальные модели и теории, положенные в основу когнитивно-бихевиоральной терапии; идентифицируются часто используемые валидизированные диагностические интервью и самоотчеты для постановки диагноза ПТСР; описываются методы и техники когнитивно-бихевиоральной терапии; представлена базовая структура терапевтических программ. Как отмечают авторы статьи, эффективность когнитивно-бихевиорального подхода подтверждена рядом теоретических и экспериментальных исследований, доказывающих валидность и надежность применения методов когнитивно-бихевиоральной терапии, а также успешной многолетней практикой ее использования в работе с людьми, страдающими ПТСР.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, травматическое событие, избегание стимулов, суицидальный риск; эмоционально-процессуальная теория, когнитивно-процессуальная терапия, тренинг ассертивности.

Для цитаты: Когнитивно-бихевиоральная терапия посттравматического стрессового расстройства (по материалам зарубежных исследований) [Электронный ресурс] / С.А. Эстербрук, Е.А. Орлова, Т.А. Карпекова, Ю.Л. Гребенников // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 76—84. DOI:10.17759/jmfp.2020090108

Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies)

Sviatlana A. Esterbrook

*International Operations, Global Behavior Solutions,
Springfield, Virginia, USA
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: lane1130@yahoo.com*

Elena A. Orlova

*Institute of Public Sciences in The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration,
Moscow, Russia,*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: orlova.elena64@yandex.ru

Tatsiana A. Karpiakova

school № 39, Mogilev, Republic of Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: tkarpiakova@yahoo.com

Yulia L. Grebennikov

Moscow Region State University, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: imaruell@gmail.com

The article provides a review of foreign research on the topic of posttraumatic stress disorder (PTSD). It presents a definition, symptoms of PTSD; identifies PTSD risk factors and group types; defines diagnostic criteria for PTSD diagnosis; reviews existing diagnostic instruments and therapy methods used to work with people who suffered from PTSD. As mentioned by various researchers, PTSD can be found in cultures with different level of socio-economic development, in various ethnic and social groups, and in different age groups. The authors of the work particularly focus their attention on presenting the cognitive-behavioral approach, which is used widely in therapies for individuals with PTSD. They review the theories and concept models as the basis for cognitive-behavioral therapy; identify valid diagnostic tools such interviews and self-reports frequently used for the diagnosis of PTSD; describe cognitive-behavioral methods and techniques; present the basic structure for the therapeutic programs. As pointed by the authors of the article, the effectiveness of the cognitive —behavioral approach as shown by vary theoretical and experimental researches prove validity and reliability of cognitive-behavioral methods as well as their successful implementation in therapeutic work with people with PTSD.

Keywords: posttraumatic stress disorder; traumatic event; suicidal risk; theory of emotional processing; cognitive-processing therapy.

For citation: Esterbrook S.A., Orlova E.A., Karpiakova T.A., Grebennikova Yu.L. Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder (based on foreign studies) [Elektronnyi resurs]. Journal of Modern Foreign Psychology, 2020. Vol. 9, no. 1, pp. 76—84. DOI:10.17759/jmfp.2020090107 (In Russ.).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это сложное психическое состояние, которое развивается в результате переживания травматического события. Симптомами, характеризующими ПТСР, являются: повторяющееся воспроизведение травматического события или его эпизодов, соответствующих образов, мыслей и чувств, которые вызывают тяжелые эмоциональные переживания; постоянное избегание стимулов — мыслей, воспоминаний, людей или мест, ассоциирующихся с этим травматическим событием; эмоциональное оцепенение, блокировка эмоциональных реакций; совокупность симптомов возрастающего напряжения и возбуждения. ПТСР часто сопровождается другими психическими расстройствами и является сложным заболеванием, которое может привести к нетрудоспособности и нарушению жизненно важных функций [1; 9 11; 12; 17; 21].

Диагностическое и Статистическое Руководство по Психическим Расстройствам, 5-е издание Американской Психиатрической Ассоциации (2013), подробно классифицирует и описывает симптомы ПТСР. Так, ПТСР характеризуется постоянным переживанием симптомов, которые включают: 1 — повторяющиеся и навязчивые воспоминания о травматическом событии; 2 — повторяющиеся сны о событии;

3 — такие действия, как если бы событие происходило вновь; 4 — интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматическом событии или символизирующей его; 5 — физиологическую реактивность на стимулы или ситуации, которые напоминают о травматическом событии [9].

ПТСР также часто идентифицируется симптомами избегания и эмоционального оцепенения. Они могут включать: 1 — усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров о травматическом событии; 2 — усилия по избеганию деятельности, мест или людей, ассоциирующихся с событием; 3 — неспособность вспомнить о важных аспектах события; 4 — заметное снижение интереса к тому, что раньше доставляло удовольствие; 5 — ощущение отчужденности, отстраненности от других людей; 6 — ограничение спектра эмоциональных переживаний; 7 — чувство сокращенной жизненной перспективы, сопровождающееся серьезным недостатком планирования будущего. Наконец, следует отметить и симптомы возбуждения, которые не наблюдались до травматического события. К ним относятся следующие симптомы: 1- трудности с засыпанием или плохой сон; 2 — раздражительность или вспышки гнева; 3 — затруднения с сосредоточением внимания;

4 — повышенный уровень настороженности, гипербдительность, постоянное ожидание опасности или повторного переживания ситуации, угрожающей жизни; 5 — гипертрофированная реакция на испуг [1; 9; 11; 12; 21].

Данные диагностические критерии положены в основу постановки диагноза ПТСР и являются базовыми, на основе чего составляются индивидуальные программы психотерапевтической работы с людьми, страдающими ПТСР.

Обычно это расстройство переживается более одного месяца и вызывает тяжелое эмоциональное состояние или значимые нарушения в профессиональной или социальной жизнедеятельности. Если продолжительность симптомов меньше трех месяцев, то ставится диагноз «острое ПТСР», если продолжительность симптомов превышает три месяца, то расстройство считается хроническим. Иногда симптомы проявляются через месяцы или даже годы после пережитой травмы. В этих случаях ставится диагноз «ПТСР с отсроченным началом» [1; 9; 11].

Как отмечают Э.Б. Фoa и коллеги, С. Тэйлор, П.А. Ресик и коллеги, большинство людей, переживших травму, со временем приходят в себя и у них не возникают симптомы ПТСР. Однако у некоторых людей возникают симптомы ПТСР, которые без терапевтической помощи могут привести к развитию серьезного и устойчивого психического расстройства. Исследователи также подчеркивают, что ПТСР часто сопровождается другими сопутствующими психическими расстройствами, требующими особого внимания и чуткости на протяжении всего процесса терапии. Такими сопутствующими психическими расстройствами являются злоупотребление химическими веществами, различные состояния тревожности и общая депрессия [11; 17; 21].

Согласно эпидемиологическим данным по США, полученным Р.Кесслером и коллегами, 80% пациентов, страдающих ПТСР, испытывают также депрессию, другие тревожные расстройства или зависимость/злоупотребление различными химическими веществами [23].

В работах ряда современных зарубежных авторов, анализирующих фактор распространенности ПТСР, отмечается, что распространенность травматического опыта в целом значительно выше, чем это ранее предполагалось экспертами. Результаты эпидемиологических исследований по распространенности переживаний травматических событий поддерживают эту точку зрения [4; 14; 23].

Так, Ф. Норрис и Л.Б. Слоун обнаружили, что 69% взрослого населения сообщает о переживании одного или более травматического события за свою жизнь [14]. В эпидемиологическом исследовании Н. Бреслау показано, что примерно у 25% людей, переживших травматическое событие, впоследствии развивалось ПТСР, которое стало хроническим примерно у 9%. Исследователь также выявила, что даже среди относительно молодых людей с образованием, 39% когда-то переживали травмирующие события [4].

В национальном исследовании заболеваемости Р. Кесслера с соавторами было обнаружено, что ПТСР в течение жизни наблюдается у 8% взрослого населения США [23]. Этот показатель подтвержден и данными Американской психиатрической ассоциации [9]. Согласно результатам Национального исследования заболеваемости Р. Кесслера и коллег, мужчины более часто (60%) подвергаются воздействию травмирующих событий, чем женщины (50%). Однако женщины (12%) более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (6%) [23].

ПТСР имеет более высокие показатели в так называемых «группах риска». Прежде всего, это относится к людям, профессии которых связаны с повышенным уровнем риска. Это — ветераны войн и участники вооруженных конфликтов. Отмечается, что распространенность ПТСР у них в среднем 22—31% [14]. Затем, в группе риска развития ПТСР находятся индивиды, пережившие насилие. Исследователь Н. Бреслау обнаружила, что жертвы насильственных нападений, включая сексуальное насилие, имели самые высокие показатели ПТСР. Причем, у женщин в два раза чаще, чем у мужчин, развивается ПТСР в результате насилия, особенно это касается сексуального насилия. Более того, ПТСР в целом сохраняется дольше у женщин, чем у мужчин, часто более 6 месяцев (74%), а также дольше, если травматическое событие произошло непосредственно с самим человеком, а не с другим (в случае опосредованной травматизации) [4].

Ряд исследователей анализирует факторы риска, способствующие развитию ПТСР. Так, К.Р. Бревин описывает 4 категории факторов риска, которые могут увеличить вероятность развития у людей посттравматического стрессового расстройства. К ним относятся: 1 — наличие психиатрических расстройств в семье, низкий уровень интеллекта, нестабильность семьи, личностные черты, травматические события в прошлом; 2 — глубина травматического воздействия; 3 — особенности протекания психических процессов и адекватный уровень реагирования на ситуации опасности до и сразу после травматического события; 4 — наличие стрессовых стимулов в повседневной жизни и слабая социальная поддержка после травмы [5].

Итак, по мнению ряда авторов, распространенность ПТСР обусловлена спецификой социокультурной среды, местом работы и проживания людей, а также их индивидуально-психологическими особенностями. ПТСР встречается в различных современных культурах и этнических средах, независимо от социально-экономического и политического уклада, как в индустриальных, так и в неиндустриальных странах. Распространенность ПТСР намного выше в тех странах, где присутствуют этнические и вооруженные конфликты. Симптомы ПТСР в целом одинаково проявляются в различных возрастных группах (как у детей, так и у взрослых людей) [4; 5; 12; 14; 23].

В качестве диагностического инструментария, с целью выявления и всесторонней оценки симптомов ПТСР, разработан и применяется ряд структурирован-

ных диагностических интервью, а также опросники-самоотчеты и специально разработанные дополнительные шкалы к существующим тестам для оценки ПТСР [1; 9; 11; 21].

Структурированные диагностические интервью и психологические тесты являются базовыми диагностическими инструментами. Они характеризуются надежностью и валидностью и позволяют выявить весь спектр и специфику симптомов ПТСР, а также сопутствующих ПТСР состояний и оценить глубину их проявления. К ним относятся следующие: 1 — Структурированное клиническое интервью для Диагностического Статистического Руководства по психическим расстройствам; 2 — Клиническая шкала для диагностики ПТСР; 3 — Интервью по диагностике ПТСР; 4 — Структурированное Интервью для ПТСР; 5 — Интервью по диагностике тревожных расстройств; 6 — ПТСР Интервью [1; 11; 20; 22; 25].

Опросники — самоотчеты и специальные шкалы для выявления симптомов ПТСР широко используются в качестве дополнительных методов для оценки симптоматики ПТСР. Они эффективны в получении информации о симптомах ПТСР, легки в использовании и обработке результатов, хорошо дополняют структурированные диагностические интервью. Они применяются как для получения первоначальной информации о симптомах ПТСР, так часто и при повторной диагностике ПТСР. Среди них можно назвать следующие: 1 — Шкала оценки влияния травматического события (переработанная); 2 — Шкала ПТСР Кина для Миннесотского многофакторного личностного опросника — 2; 3 — Шкала посттравматической диагностики; 4 — Опросник симптомов ПТСР [1; 16; 15; 26].

Авторы данной статьи в наибольшей мере концентрируют свое внимание на обзоре зарубежной литературы, в которой описывается диагностика и система методов терапии ПТСР в рамках когнитивно-бихевиорального подхода как наиболее систематизированного и эффективного терапевтического подхода для работы с ПТСР. Эффективность методов когнитивно-бихевиоральной терапии доказана рядом теоретических и экспериментальных исследований и апробирована на практике с различными категориями людей, имеющих ПТСР [2; 3; 7; 8; 10; 18; 19; 21].

С. Тэйлор, С.П. Кахилл и коллеги, представляют теоретические принципы и концептуальные модели в рамках когнитивно-бихевиорального подхода, которые положены в основу когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР. Самые ранние техники когнитивно-бихевиоральной терапии (систематическая десенсилизация, релаксационный тренинг) основываются на двухфакторной теории обусловливания эмоций страха и оперантного избегания. С появлением более поздних техник (вскрывающая терапия, когнитивная терапия, когнитивно-процессуальная терапия) эмоционально-информационные теории ПТСР стали доминировать над теорией научения. Социально-когнитивные теории концентрируют свое внимание на содержании

когнитивной сферы индивида, действующего внутри социального контекста. [8; 21]. К.Р. Бревин и Н. Бургесс попытались интегрировать эти два направления в теории двойной репрезентации [6].

Все когнитивно-поведенческие теории придают особое значение фактору убежденности людей в своих возможностях справиться с трудными ситуациями, т. е. вере в свои собственные силы. Вера в свои силы является решающим фактором в совладении с травматическим переживанием. Без нее различные когнитивные процессы, мотивация, эмоции, принятие решений — теряют свою эффективность. Таким образом, вера в свои силы является когнитивным регулятором психических процессов. Она определяет то, каким образом будет воспринято и осмыслено травматическое событие [2; 3; 8; 12; 18; 21].

Исследователи Э.Б. Фоа и Э.А. Мидоуз, П.А. Ресик и коллеги четко определяют основные критерии, с позиций которых анализируется обоснованность, валидность и эффективность различных методов и техник, используемых для терапии ПТСР. К таким критериям так называемого «золотого стандарта» относятся следующие: 1 — четкое описание симптомов, на которые направлена терапия; 2 — надежность и валидность методики измерений; 3 — независимая экспертиза; 4 — тренинг экспертов; 5 — четко описанные специальные программы терапии; 6 — непредвзятое (случайное) формирование исследуемой совокупности; 7 — четкое соблюдение условий терапии [17, с. 420—422].

Ряд методов и техник когнитивно-бихевиоральной терапии отвечают практически всем этим требованиям и признаны весьма эффективными в работе с ПТСР. Остановимся подробнее на описании методов и техник когнитивно-бихевиоральной терапии. К ним относятся: вскрывающая терапия; систематическая десенсилизация; тренинг управления стрессом; когнитивно-процессуальная терапия; когнитивная терапия; тренинг асертивности; релаксационный тренинг [2; 3; 7; 8, 18, 19; 21].

Метод вскрывающей терапии является основным методом, используемым при терапии людей с ПТСР. Метод применяется при работе с сильной тревогой или переживанием сильного страха, прорабатывает их и снижает их уровень. Как отмечалось ранее, Э.Б. Фоа и коллеги экспериментально доказали, что специальная активация страха в процессе терапии дает хорошие результаты. Этой цели и служат техники вскрывающей терапии, так как активация травматических воспоминаний позволяет корректировать патологические элементы травматических воспоминаний. Вскрывающая терапия включает в себя: «техники наводнения», воображения, «тренинга в реальной жизни», пролонгирования. Вскрывающая терапия начинается с разработки иерархии событий и стимулов, связанных с тревогой и страхом. В процессе вскрывающей терапии происходит продолжительная конфронтация с тревожащими стимулами, что снижает уровень тревоги и страха. Уменьшение тревоги приводит также к снижению или

исчезновению симптомов избегания, возникших после переживания травматического события. Данный метод используется в различных формах и в сочетании с методами психологического просвещения, релаксационным тренингом, а также в сочетании с когнитивной терапией [7; 10; 11; 21].

Метод систематической десенситизации представляет собой совмещение техник вскрывающей терапии с релаксацией. Данный метод был впервые описан Дж. Вольпе. Вначале предполагается разработка иерархии тревожащих индивида стимулов. При этом тревожные события ранжируются по шкале от самого слабого до самого сильного события. До применения метода систематической десенситизации, клиентов обучают релаксации. Затем, по мере освоения релаксационных техник, начинают применяться формы вскрывающей терапии. Причем, как только у людей с ПТСР возникает тревога, применение вскрывающей терапии прерывается и сменяется использованием релаксационных техник. После релаксации продолжается работа со стимулами, вызывающими тревогу, в соответствии с иерархией до тех пор, пока индивид научится реагировать на каждый из этих стимулов без возникновения реакций тревоги [3; 7; 18].

Тренинг управления стрессом был вначале создан как способ управления тревогой. Затем, программа тренинга была модифицирована для терапии жертв насилия и представлена в терминах ПТСР. Данный модифицированный тренинг управления стрессом включает в себя: психологическое просвещение; технику мышечной релаксации; тренинг дыхания; проигрывание ролей; когнитивное моделирование (реструктурирование); диалог с собой; позитивное воображение; технику остановки мыслей; тренинг дыхания. Программа тренинга управления часто проводится до применения техник вскрывающей терапии, которые предполагают конфронтацию с пугающими стимулами. Мотивация предварительного проведения программы тренинга управления стрессом с людьми, страдающими ПТСР, состоит в том, что тревога и страх, возникшие у них в момент переживания травматического события, генерализуются и проявляются во многих ситуациях, не связанных с травмой. Таким образом, люди с ПТСР обучаются управлять своей тревогой с помощью новых приемов, что снижает уровень тревоги и избегания ситуаций, напоминающих травму. Техники управления стрессом могут использоваться как отдельно, так и комбинироваться с техниками вскрывающей терапии [8; 10; 11; 12; 21].

Когнитивно-процессуальная терапия предполагает использование техник когнитивной терапии и вскрывающей терапии. Данная терапия применялась с целью терапии жертв насилия. Широко применяется в работе с искаженными когнитивными схемами и убеждениями людей с ПТСР, которые возникают у них вследствие влияния травматического события. Люди с ПТСР пытаются ассимилировать новую информацию о травме и адаптировать ее к существующим когнитивным

схемам и представлениям. При этом когнитивные техники помогают людям с ПТСР переработать проблемные когнитивные схемы и сверхобобщенные убеждения и представления, появившиеся в результате травмы. В процессе терапии у людей с ПТСР негативные представления заменяются позитивными, такими как убеждение в безопасности, в доверии, контроле, уважении. Вскрывающая терапия используется в форме детального повествования о травме, в прочтении его терапевту и затем самому себе дома вслух. Это помогает людям, страдающим ПТСР, не только уменьшить эмоциональное напряжение, но и выявить так называемое «тупиковую точку» у клиента, т.е., тот момент в травматическом событии, который повлек за собой возникновение конфликта с предыдущими убеждениями или который наиболее тяжело воспринимается индивидом [8; 11; 18; 19; 21].

Когнитивная терапия была разработана А. Беком и получила распространение для терапии тревожных расстройств и депрессии. Когнитивная терапия базируется на положении о том, что интерпретация события в большей степени, чем само событие, определяет психическое состояние человека. Следовательно, негативные интерпретации ведут к негативным состояниям. Ошибочные интерпретации обозначаются, как автоматические (дисфункциональные) мысли, которые возникают в результате неточных или экстремальных объяснений, вызванных определенными ситуациями. Целью когнитивной терапии является изменение дисфункциональных мыслей. Для этого существует специальная программа, когда люди учатся распознавать дисфункциональные мысли, доказывать их нелогичность и заменять их логичными мыслями. При работе с людьми с ПТСР особое внимание уделяется вопросам безопасности, доверия и коррекции представлений о своем Я [2; 3; 10; 12; 21].

В основе тренинга асертивности находится положение о том, что уверенность в себе, как и релаксация, может эффективно снижать тревогу. В процессе тренинга асертивности прорабатываются межличностные проблемы, возникающие как результат травмы. Люди с ПТСР приобретают уверенность в себе, учатся быть асертивными в общении с другими людьми при обсуждении своего травматического опыта, своих мыслей и в просьбах о поддержке и помощи. В процессе тренинга асертивности часто используются некоторые формы когнитивной терапии для обучения умению устанавливать взаимосвязи между мыслями, эмоциями и поведением, и для выявления стереотипов ошибочного мышления [2; 8; 11; 18].

Релаксационный тренинг используется также для терапии ПТСР, так как релаксационные техники, включая и дыхательные упражнения, помогают людям, страдающим ПТСР, снизить уровень тревоги, вызываемой стимулами, связанными с травматическим событием. Различные формы релаксационных техник и дыхательные упражнения могут проводиться до начала терапии, самостоятельно или как часть тренинга

управления стрессом. Также релаксационные техники могут использоваться в процессе проведения терапии, в сочетании с вскрывающей и когнитивной терапией [2; 7; 10; 12; 21].

Любая терапия, в том числе и когнитивно-бихевиоральная терапия строится на основе детальной и всесторонней диагностики ПТСР. Диагностика ПТСР проводится в соответствии с диагностическими критериями, представленными в Диагностическом и Статистическом Руководстве по Психическим Расстройствам, Американской Психиатрической Ассоциации [9].

К наиболее надежным диагностическим инструментам, выявляющим неадаптивные когнитивные схемы, искаженные убеждения о мире, о людях и о себе, а также неадаптивные (нефункциональные) формы поведения, относятся: 1 — Посттравматический опросник когнитивных процессов; 2 — Шкала представлений о мире [13; 24].

Диагностика проводится на протяжении всего курса терапии с целью контроля симптоматики и мониторинга изменений неадаптивных когнитивных схем и убеждений у людей с ПТСР, дезадаптивных форм их поведения и эмоционального реагирования на стимулы, вызывающие тревогу. Затем, по окончании курса терапии, проводится итоговая диагностика.

После проведения первичной диагностики и постановки предварительного диагноза наступает фаза определения целей и задач терапии, обсуждение программы терапии с клиентом. Перед началом проведения терапевтических сессий, особенно с применением форм вскрывающей терапии, следует ранжировать вызывающие тревогу стимулы по иерархии — от самого слабого к самому сильному.

Кроме того, если у индивида с ПТСР выявлен высокий уровень тревожности, прежде чем перейти к техникам вскрывающей терапии, желательно провести с ним тренинг управления стрессом. В процессе тренинга происходит обучение приемам регуляции эмоциональных состояний, релаксации, включая и дыхательные упражнения. После этого, по мере готовности, можно переходить и к использованию основных мето-

дов когнитивно-бихевиоральной терапии, к которым относятся техники вскрывающей терапии и когнитивного реконструирования неадаптивных когнитивных схем и убеждений людей с ПТСР.

Техники релаксации и дыхательные упражнения могут использоваться не только в рамках проведения тренинга управления стрессом, но и в процессе проведения терапии в сочетании с другими терапевтическими методами, особенно с методом вскрывающей терапии, что помогает снижению уровня тревоги и страха у индивида, страдающего ПТСР. Варьирование техник и методов терапии определяется индивидуальными особенностями человека и глубиной психологического переживания им травматического события.

Итак, структура терапевтических программ в рамках когнитивно-бихевиорального подхода включает в себя следующие базовые этапы: 1 — глубокая и всесторонняя диагностика ПТСР и постановка предварительного диагноза; 2 — разработка и обсуждение плана терапии, включая психологическое просвещение клиента, практику по эмоциональной регуляции его состояний, с элементами релаксации и дыхательных упражнений; 3 — вскрывающая терапия и когнитивная терапия — работа с неадаптивными когнитивными схемами и нефункциональным поведением, искаженными убеждениями клиента о мире, о себе, о других [12; 21, 12].

Резюмируя вышесказанное, следует отметить, что в современной науке и практике накоплен значительный опыт диагностики и психотерапии ПТСР. ПТСР — это серьезное психологическое состояние, возникающее у людей в результате воздействия травматического события, затрагивающего важнейшие сферы функционирования и жизнедеятельности человека. Люди, страдающие ПТСР, зачастую не могут сами справиться с последствиями травмы, и нуждаются в профессиональной психологической помощи. Многообразие диагностического инструментария для всесторонней и точной оценки симптомов, и терапевтических методов и техник, разработанных в рамках различных подходов, позволяет разрабатывать эффективные терапевтические программы оказания помощи людям с ПТСР.

Литература

1. Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults / A.F. Reardon [et al.] // Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.) / Eds. M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resick. New York: Guilford Press, 2016. P. 369—381.
2. Beck A.T., Clark D.A. Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York: Guilford Press, 2011. 628 p.
3. Behavior Therapy in Psychiatric Practice / Eds. J. Wolpe, L.J. Reyna. New York: Pergamon Press, 2013. 207 p.
4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD and other posttraumatic disorders // Trauma, Violence, and Abuse. 2009. Vol. 10. № 3. P. 198—210. DOI:10.1177/1524838009334448
5. Brewin C.R. Risk Factor Effect Sizes in PTSD: What This Means for Intervention // Journal of Trauma & Dissociation. 2005. Vol. 6. № 2. P. 123—130. DOI:10.1300/J229v06n02_11
6. Brewin C.R., Burgess N. Contextualization in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2014. Vol. 45. № 1. P. 217—219. DOI:10.1016/j.jbtep.2013.07.011
7. Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure / L.A. Brown [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2018. Vol. 86. № 5. P. 452—463. DOI:10.1037/ccp0000292

8. Cognitive Behavioral Therapy for Adults / S.P. Cahill [et al.] // *Effective Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / Eds. E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, J.A. Cohen. New York: Guilford Press, 2009. P. 139—212.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed.* / American Psychiatric Association. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
10. Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial / D. Horesh [et al.] // *Psychology and Psychotherapy*. 2017. Vol. 90. № 2. P. 235—243. DOI:10.1111/papt.12103
11. *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / E.B. Foa [et al.]. New York: Guilford Press, 2009. 642 p.
12. *Evidence Based Treatments for Trauma-related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians* / Eds. U. Schnyder, M. Cloitre. Switzerland: Springer International Publishing, 2015. 522 p.
13. *Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Toward of New Psychology of Trauma*. New York: Free Press, 1992. 262 p.
14. *Norris F.H., Slone L.B. The Epidemiology of Trauma and PTSD [Электронный ресурс]* // *Handbook of PTSD: Science and Practice (First Edition)*. New York: Guilford Press, 2007. P. 78—99. URL: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3u18rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (дата обращения: 19.03.2020).
15. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members / J.H. Wortmann [et al.] // *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28. № 11. P. 1392—1403. DOI:10.1037/pas0000260
16. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) / E.B. Foa [et al.] // *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28. № 10. P. 1166—1171. DOI:10.1037/pas0000258
17. *Psychosocial Treatments for Adults with PTSD* / P.A. Resick [et al.] // *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)* / Eds. M.J. Friedman, T.M. Keane, P.A. Resick. New York: Guilford Press, 2016. P. 419—431.
18. *Psychotherapies for PTSD: what do they have in common* / U. Schnyder [et al.] // *European Journal of Psychotraumatology*. 2015. Vol. 6. № 1. P. 281—286. DOI:10.3402/ejpt.v6.28186
19. *Resick P.A., Monson C.M., Chard C.M. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. New York: Guilford Press, 2017. 311 p.
20. *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV)* / M.B. First [et al.]. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2015. 94 p.
21. *Taylor S. Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press, 2017. 372p.
22. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans / F.W. Weathers [et al.] // *Psychological Assessment*. 2018. Vol. 30. № 3. P. 383—395. DOI:10.1037/pas0000486
23. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States / R. Kessler [et al.] // *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders* / Eds. R. Kessler, T. Ustun. New York: Cambridge University Press, 2008. P. 165—210.
24. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation / E.B. Foa [et al.] // *Psychological Assessment*. 1999. Vol. 11. № 3. P. 303—314. DOI:10.1037/1040-3590.11.3.303
25. *Weathers F.W., Keane T.M., Foa E.B. Assessment and Diagnosis of Adults // Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)* / Eds. E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, J.A. Cohen. New York: Guilford Press, 2009. P. 36—39.
26. *Weiss D.S. The Impact of Event Scale — Revised // Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed.)* / Eds. J.P. Wilson, T.M. Keane. New York: Guilford Press, 2004. P. 168—189.

References

1. Reardon A.F. et al. Assessment of PTSD and its Comorbidities in Adults. In Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2016, pp. 369—381.
2. Beck A.T., Clark D.A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press, 2011. 628 p.
3. *Behavior Therapy in Psychiatric Practice*. Wolpe J., Reyna L.J. (eds.). New York: Pergamon Press, 2013. 207 p.
4. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD and other posttraumatic disorders. *Trauma, Violence, and Abuse*, 2009. Vol. 10, no. 3, pp. 198—210. DOI:10.1177/1524838009334448
5. Brewin C.R. Risk Factor Effect Sizes in PTSD: What This Means for Intervention. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2005. Vol. 6, no. 2, pp. 123—130. DOI:10.1300/J229v06n02_11

6. Brewin C.R., Burgess N. Contextualization in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2014. Vol. 45, no. 1, pp. 217—219. DOI:10.1016/j.jbtep.2013.07.011
7. Brown L.A. et al. Changes in posttraumatic stress disorder (PTSD) and depressive symptoms over the course of prolonged exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2018. Vol. 86, no. 5, pp. 452—463. DOI:10.1037/ccp0000292
8. Cahill S.P. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Adults. In Foa E.B. et al. (eds.), *Effective Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2009, pp. 139—212.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing, 2013. 970 p. DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
10. Horesh D. et al. Differential effect of exposure-based therapy and cognitive therapy on post-traumatic stress disorder symptom clusters: A randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy*, 2017. Vol. 90, no. 2, pp. 235—243. DOI:10.1111/papt.12103
11. Foa E.B. et al. Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2009. 642 p.
12. Evidence Based Treatments for Trauma-related Psychological Disorders: A Practical Guide for Clinicians. Schnyder U., Cloitre M. (eds.). Switzerland: Springer International Publishing, 2015. 522 p.
13. Janoff-Bulman R. Shattered Assumptions: Toward of New Psychology of Trauma. New York: Free Press, 1992. 262 p.
14. Norris F.H., Slone L.B. The Epidemiology of Trauma and PTSD [Elektronnyi resurs]. *Handbook of PTSD: Science and Practice (First Edition)*. New York: Guilford Press, 2007, pp. 78—99. URL: https://books.google.ru/books?hl=ru&lr=&id=zCEs1Rn6Dh8C&oi=fnd&pg=PA78&ots=mfJ3uI8rls&sig=FD0P-iGtBJY050in6ax8ctPK0-o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (Accessed 19.03.2020).
15. Wortmann J.H. et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 2016. Vol. 28, no. 11, pp. 1392—1403. DOI:10.1037/pas0000260
16. Foa E.B. et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychological Assessment*, 2016. Vol. 28, no. 10, pp. 1166—1171. DOI:10.1037/pas0000258
17. Resick P.A. et al. Psychosocial Treatments for Adults with PTSD. In Friedman M.J., Keane T.M., Resick P.A. (eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2016, pp. 419—431.
18. Schnyder U. et al. Psychotherapies for PTSD: what do they have in common. *European Journal of Psychotraumatology*, 2015. Vol. 6, no. 1, pp. 281—286. DOI:10.3402/ejpt.v6.28186
19. Resick P.A., Monson C.M., Chard C.M. Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual. New York: Guilford Press, 2017. 311 p.
20. First M.B. et al. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2015. 94 p.
21. Taylor S. Clinician's Guide to PTSD: A Cognitive-Behavioral Approach (2nd ed.). New York: The Guilford Press, 2017. 372p.
22. Weathers F.W. et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military Veterans. *Psychological Assessment*, 2018. Vol. 30, no. 3, pp. 383—395. DOI:10.1037/pas0000486
23. Kessler R. et al. The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in improving mental health and mental health care in the United States. In Kessler R., Ustun T. (eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press, 2008, pp. 165—210.
24. Foa E.B. et al. The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 1999. Vol. 11, no. 3, pp. 303—314. DOI:10.1037/1040-3590.11.3.303
25. Weathers F.W., Keane T.M., Foa E.B. Assessment and Diagnosis of Adults. In Foa E.B. et al. (eds.), *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2009, pp. 36—39.
26. Weiss D.S. The Impact of Event Scale — Revised. In Wilson J.P., Keane T.M. (eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD (2nd ed.)*. New York: Guilford Press, 2004, pp. 168—189.

Информация об авторах

Эстербрук Светлана Анатольевна, кандидат психологических наук, заместитель руководителя по международным связям ассоциации «Глобальные бихевиоральные решения», Спрингфилд, Вирджиния, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: lana1130@yahoo.com

Орлова Елена Александровна, доктор психологических наук, профессор кафедры общей психологии факультета психологии ИОН Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: orlova.elena64@yandex.ru

Карпекова Татьяна Анатольевна, учитель начальных классов, государственное учреждение образования «Средняя школа № 39», г. Могилев, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: tkarpiakova@yahoo.com

Гребенников Юлия Леонидовна, кандидат психологических наук, старший преподаватель кафедры психологии развития личности государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Московской области «Московский государственный областной университет», г. Мытищи, Российская Федерация, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: imaruell@gmail.com

Information about the authors

Sviatlana A. Esterbrook, PhD in Psychology, Vice President of International Operations, Global Behavior Solutions, LLC, Springfield, Virginia, USA, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5653-7892>, e-mail: lanal130@yahoo.com

Elena A. Orlova, Doctor of Psychology, Professor, Chair of General Psychology, Faculty of Psychology, Institute of Public Sciences in The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4517-3955>, e-mail: orlova.elena64@yandex.ru

Tatsiana A. Karpiakova, Primary School Teacher, School №39, Mogilev, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4858-1874>, e-mail: tkarpiakova@yahoo.com

Yulia L. Grebennikov, PhD in Psychology, Senior Teacher, Chair of Psychology of Personality Development, Moscow Region State University, Mytishchi, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3868-6979>, e-mail: imaruell@gmail.com

Получена 22.01.2020

Received 22.01.2020

Принята в печать 15.03.2020

Accepted 15.03.2020