

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО: КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Р.ЛИХИ,
Р.СЭМПЛ*

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – широко распространенное тревожное расстройство, часто сочетающееся с депрессией и химическими зависимостями. В данной статье дается описание диагностических критериев ПТСР, рассматриваются вопросы его распространенности и коморбидных нарушений. Кроме того, представлена теоретическая модель, объясняющая возникновение навязчивых образов, избегания и тревоги, а также их хронификацию. Авторы излагают когнитивно-бихевиоральный подход к лечению, основанный на терапевтическом оживлении травматических воспоминаний, погружении с предупреждением реакции, когнитивном переструктурировании, изменении сопряженных с воспоминаниями когнитивных процессов и “переписывании сценария происшедшего” в воображении. Исследования подтверждают эффективность этих приемов.

Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход

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

В статье мы обсудим диагностические критерии ПТСР, рассмотрим вопрос о распространенности этого расстройства, сопоставив имеющиеся показатели с известными данными о средовых влияниях и предраспола-

* Роберт Лихи – Медицинский колледж Уейл-Корнелл, Американский Институт когнитивной психотерапии, США, Нью-Йорк.

Рэнди Сэмпл – Колумбийский Университет, Американский Институт когнитивной психотерапии, США, Нью-Йорк.

гающих личностных характеристиках. После краткого обзора эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии мы рассмотрим некоторые элементы данного вида лечения. В заключении статьи дается детальный план когнитивно-бихевиорального лечения и клинические рекомендации.

Диагностические признаки

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

Постановка диагноза *ПТСР* в соответствии с критериями *DSM-IV* предполагает факт переживания пациентом экстремального стресса и наличие у него характерного сочетания симптомов, присутствующих не менее одного месяца. Нарушение должно причинять пациенту клинически выраженный дискомфорт и ухудшать его функционирование. Если симптомы присутствуют дольше трех месяцев, диагностический код изменяется с “острого” на “хронический”. Если симптомы появляются по прошествии не менее шести месяцев с момента пережитого стресса, уточняется “отсроченное начало”. Симптомы можно сгруппировать в три кластера.

Во-первых, травматическое событие должно постоянно переживаться *повторно* в одной из следующих форм:

- в виде вызывающих дискомфорт вторгающихся или периодически возникающих воспоминаний, образов, мыслей о событии;
- в ощущении того, что травматическое событие возвращается как будто наяву (оно может включать иллюзии, галлюцинации и диссоциативные обратные видения – *flashback*), что может сопровождаться соответствующим поведением;
- в ночных кошмарах (само событие или другие пугающие образы часто возвращаются в сновидениях);
- в чувстве преувеличенного эмоционального дискомфорта при соприкосновении с внутренними или внешними сигналами, символизирующими травматическое событие;

– в интенсивной физиологической реакции на сигналы, так или иначе напоминающие человеку о событии в целом или каких-то его фрагментах.

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

- в избегании видов деятельности, мест или людей, связанных с травматическим событием;
- в ощущении укороченной перспективы будущего (например, в отсутствии ощущения того, 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).

В-третьих, наблюдается постоянная повышенная *возбудимость*, проявляющаяся в двух или более симптомах:

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

Хотя некоторые симптомы *ПТСР* имитируют признаки тревожных или депрессивных расстройств, при соответствующем расспросе диагноз может быть поставлен относительно легко. Краткий обзор доступных диагностических инструментов, которые включают структурированные клинические интервью, построенные на самоотчете опросники и психофизиологические пробы, можно найти в работе Ки, Вэзерса и Фoa (*Kea, Weathers & Foa, 2000*).

При планировании лечения важно учитывать, что около 80% клиентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами могут иметь другой коморбидный диагноз. Наиболее часто с *ПТСР* сосуществуют большая депрессия (*major depression*), дистимия, генерализованное тревожное расстройство, алкогольная или химическая зависимость, соматизация и паническое расстройство (*McNally, 1999*). С учетом такой коморбидности, лечение должно быть сфокусировано на тех жалобах пациента, которые в текущий момент могут быть расценены как наиболее серьезные.

Если симптомы присутствуют дольше трех месяцев, *ПТСР* считается хроническим.

Хроническая разновидность *ПТСР* может включать дополнительные признаки, которые в острых случаях, как правило, отсутствуют, – и терапевт должен это понимать. Подобные симптомы могут быть результатом хронического насилия или виктимизации. Их эскалация (обострение, усиление) наступает под влиянием текущих жизненных стрессоров. Симптомы включают: а) нарушения эмоциональной регуляции (например, постоянную тоску, суицидальные мысли, подавленный гнев или вспышки гнева), б) измененное самовосприятие (ощущение собственной беспомощности, переживания стыда, вины и полного отчуждения от других людей), в) сосредоточенность на взаимоотношениях с преследователем (включая одержимость идеей мести) и г) изменения в системе смыслов и ценностей (например, в форме переживания духовного кризиса или утраты поддерживающей дух веры). Когда пациент являет постоянную угрозу причинить вред себе или другим, или когда сильно нарушена способность к функционированию в повседневной жизни, необходимо рассмотреть вопрос о лечении в условиях специализированного стационара.

Распространенность и психосоциальные факторы

Несмотря на постоянно ведущиеся исследования, эпидемиологические сведения относительно распространенности *ПТСР* в общей популяции видов травмирующих событий, наиболее часто вызывающих данный тип расстройства, а также факторов риска, ограничены. Данные Американского Национального исследования коморбидности (US National comorbidity Survey) (Kessler, Sonnega, Bromet & Hughes, 1995) позволяют предположить, что в течение жизни 7,8% взрослых американцев переносили *ПТСР*, при этом женщины в отдельные моменты жизни – дважды чаще, чем мужчины (10,4% и 5%). Это составляет малую часть от количества людей, испытавших, по меньшей мере, одно травмирующее событие: 60,7% мужчин и 51,2% женщин. Наиболее часто переживались такие травмы, как: а) присутствие при чьем-либо убийстве или тяжелом ранении; б) переживание пожара, наводнения или другой природной катастрофы; в) несчастный случай с угрозой для жизни и г) участие в сражениях. У мужчин травмирующими событиями, чаще других приводившими к стрессовому расстройству, были: а) изнасилование; б) участие в сражениях; в) заброшенность в детстве; г) опыт физического насилия в детстве. Для женщин: а) изнасилование; б) сексуальное домогательство; в) физическое нападение; г) угроза применения оружия; д) опыт физического насилия в детстве. Большинство лиц, у которых выявляются симптомы *ПТСР*, пережили две или более травмы.

Высокая частота случаев сексуального насилия в женской выборке объясняет, почему женщины составляют самую многочисленную группу

страдающих ПТСР (*Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2000*). Исследование, проводившееся в США в национальном масштабе, показало, что у лиц, переживших сексуальное насилие в какие-либо периоды жизни, данный вид расстройства развивается в 31% случаев, сравнительно с 5% среди тех, кто не имел подобного опыта (*Kilpatrick, Edmonds & Seymour, 1992*). Установлено также, что у женщин ПТСР протекает более длительно, чем у мужчин (*Breslau et al., 1998*).

Повышенный риск заболеть ПТСР связан как с внешними ситуационными факторами (травмой), так и с внутренними психологическими характеристиками индивида. К первым относятся: пребывание человека в самой ситуации травмы или непосредственности близости от нее (например, под прицелом оружия или в зоне бомбардировки); опыт перенесения длительной катастрофы или постоянной угрозы ранения, а также опыт предшествующей травматизации или насилия. Бреслау и ее коллеги (*op.cit., 1998*) обнаружили, что условный риск развития ПТСР вследствие тяжелой травмы составляет 9,2%.

Безусловно, существуют также индивидуальные различия в уязвимости по отношению к стрессовым факторам. Одним из мощных предикторов, обуславливающих развитие ПТСР, является такая личностная черта, как “невротизм”. Создается впечатление, что невротицизм действует наподобие фильтра, заставляющего людей селективно воспринимать негативные события окружающей среды (*Kessler et al., 1999*). Повышенный риск в отношении ПТСР обусловлен склонностью человека к использованию таких стилей совладания с жизненными невзгодами, как избегание и уход, а также тенденцией к навязчивым размышлениям о событиях с усмотрением в них, главным образом, отрицательного смысла. Были выявлены и другие предрасполагающие факторы. Так, установлено, что люди с избегающими, зависимыми или нарциссическими личностными чертами, вследствие массивного характера травмы, более склонны к возникновению ПТСР, сравнительно, например, с носителями антисоциальных личностных черт, у которых такая симптоматика развивается с меньшей вероятностью (*Millon, Davis, Millon, Escovar & Meagher, 2000*). К факторам психического здоровья, повышающим вероятность посттравматических стрессовых расстройств, относят наличие в анамнезе эпизода большой депрессии и химической зависимости (*McNally, 1999*). Индивидуальные характеристики влияют не только на восприятие событий, но также определяют эмоциональную возбудимость, регулируют интерпретацию сигналов опасности и затрудняют выработку адаптивных реакций на стрессогенные воздействия.

Обоснование подхода к лечению

Частота посттравматических стрессовых расстройств в общей популяции высока. Принимая во внимание тот факт, что при отсутствии адекватного

лечения данное заболевание принимает хроническую форму, а также – высокую частоту обычно предшествующих ему травматических событий, можно говорить о росте круга лиц, страдающих *ПТСР*. Поэтому необходимо своевременно выявлять пострадавших, особенно – с высоким риском хронической формы заболевания, и, наряду с этим, развивать эффективные и экономичные методы его лечения. Создается впечатление, что одна из когнитивных техник – краткосрочная превентивная программа, разработанная группой авторов (*Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995*), снижает риск развития *ПТСР*, – при условии, что терапевтическое вмешательство начинается в пределах 14 дней с момента травматизации. Через два месяца после такого лечения интенсивность симптомов в основной группе, сравнительно с пациентами из контрольной группы, не получавшими лечения, – уменьшалась вдвое. В группе лиц, прошедших лечение, лишь в 10% случаев отмечалась симптоматика, соответствующая критериям *ПТСР*, в то время как в контрольной – число таких лиц составило 70%. Данное исследование позволяет предположить, что раннее терапевтическое вмешательство может значительно уменьшать тяжесть заболевания.

Когнитивная теория служит надежным основанием для разработки программы когнитивно-бихевиорального лечения, основные этапы которой рассматриваются ниже.

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

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

Когнитивное переструктурирование. Результатом интенсивной травмы и виктимизации может быть возникшее убеждение в том, что никому нельзя доверять, что мир непредсказуем и опасен, а сам пострадавший – никчемн

и омерзителен. Эти “горячие когнитивные продукты” выявляются в ходе припоминания травмы или с помощью прямого вопроса, направленного на выяснение того, что именно травматическое событие значило для пациента. Далее терапевт помогает пациенту изменить негативные убеждения, выявляя когнитивные искажения (персонализацию, “наклеивание ярлыков”, “долженствования”, обесценивание позитивных сторон) и конфронтируя с разрушительным смыслом этих негативных убеждений. Например, терапевт может спросить: “Какие факты свидетельствуют против этого убеждения?”, “Какие суждения Вы бы вынесли о другом человеке, пережившем подобное?”.

Создание другого сценария в воображении. Имеется в виду остроумная процедура, в ходе которой терапевт и пациент сотрудничают в создании новой “истории” травмы (*Smucker & Dancu, 1999*). Цель этой новой истории – помочь пациенту пересказать пережитое, сохраняя ощущение собственной компетентности, силы и отваги. Во вновь созданном “сценарии” пациент одерживает верх над насильником, наказывает его или, благодаря собственной уверенности, находит удачный выход из критического положения.

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

Эффективность лечения

Когнитивно-бихевиоральные методы относятся к наиболее изученным видам психосоциального лечения ПТСР. Они включают множество лечебных приемов – различные виды процедуры погружения, когнитивного переструктурирования, техник управления тревогой. Отчасти благодаря интенсивным исследованиям, когнитивно-бихевиоральные методы наиболее часто рекомендуются в качестве психосоциального подхода к лечению ПТСР (*Falsetti & Resnick, 2000; Foa, 2000; Foa & Meadows, 1997*). Результаты клинических исследований показывают, что терапевтический эффект

остается стойким в течение нескольких последующих лет (*Deblinger, Steer & Lippmann, 1999*).

Центральным моментом, с позиции разделяемого нами теоретического понимания посттравматических стрессовых расстройств, является анализ дисфункциональных когнитивных процессов. Когнитивная терапия помогает клиенту изменить нереалистичные умозаключения, убеждения и автоматические мысли, которые приводят к характерным для *ПТСР* эмоциональным нарушениям и нарушениям функционирования. Когнитивно-бихевиоральные подходы акцентируют важность научения при данном нарушении и используют процедуры погружения и десенситизации в качестве основных. Специальные когнитивно-бихевиоральные техники включают:

Когнитивное переструктурирование – пациент обучается отслеживать собственные дисфункциональные когнитивные процессы, взвешивать факты “за” и “против” них, вырабатывать взгляд, который сопряжен с более реалистичными эмоциональными переживаниями. Терапевт активно выявляет дисфункциональные автоматические мысли, умозаключения и схемы и конфронтирует с ними. Позитивное мышление и внутренний диалог обучают пациента, как в условиях предвосхищения стрессогенных ситуаций или при столкновении с ними заменять негативные мысли на более реалистичные.

Методы управления тревогой (стресс-"прививочный" тренинг) – обучает навыкам саморегуляции и совладания со стрессом. Этот тренинг, в свою очередь, включает множество техник:

- *тренинг релаксации* – обучает пациента контролировать страхи и тревогу с помощью систематического расслабления основных групп мышц;
- *контроль дыхания* – специальные техники, обучающие медленному неглубокому дыханию с целью помочь пациенту расслабиться и избежать гипервентиляции легких;
- *тренинг уверенности* обучает пациента адекватному выражению желаний, мнений и чувств без отчуждения от других людей;
- *остановка мыслей* – это техника отвлечения, используемая с целью оборвать мысли неприятного содержания, сказав самому себе “Стоп”.

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

– *погружение в воображении* предполагает эмоционально насыщенное повторение травматических воспоминаний до тех пор, пока они не перестанут вызывать высокую степень дискомфорта;

– *погружение in vivo* предполагает помещение пациента в ситуации, которые в настоящий момент безопасны для него, но избегаются им, поскольку ассоциируются с травмой и запускают чрезмерно сильный страх.

Клиническая диагностика и лечение

В ходе первых двух сеансов мы рассматриваем общую картину психических заболеваний у пациента. Учитывая, что постстрессовые состояния повышают уязвимость в отношении алкоголя, очень важно выявить, не злоупотреблял ли пациент алкоголем или другими веществами ранее. Предшествующие факты физического, сексуального, психологического насилия и прочих травм, если таковые имелись, также должны быть проанализированы, поскольку даже относительно давние негативные события оказывают влияние на способ переживания и интерпретацию вновь случившейся травмы. Например, человек, переживший физическое насилие в детстве, может рассматривать свежую травму как указание на то, что мир очень опасен, а он не располагает никакими средствами, чтобы защитить себя. В ходе диагностики психотерапевт должен также проверить наличие и оценить тяжесть депрессии или тревоги у пациента с помощью шкал депрессии и тревоги (*Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory*), т.к. депрессия и тревога часто сопутствуют *ПТСР*.

Многие люди, страдающие посттравматическим расстройством, стараются сами практиковать “безопасные формы поведения” – т.е. характер поведения, мысли и образы, помогающие чувствовать себя не столь уязвимыми. Они, например, могут искать у других людей успокаивающего разубеждения в неблагоприятном развитии событий (“Со мной все будет в порядке?”), молиться за себя, пытаться заместить непроизвольно всплывающие образы пугающего содержания более приятными, искать контакта с другими людьми через сексуальное сближение. Однако такие “гарантирующие безопасность” формы поведения нередко лишь поддерживают убеждение в том, что навязчивые мысли и чувства невозможно преодолеть. Это, в свою очередь, усиливает ощущение собственной уязвимости и опасности. Наконец, диагностика должна включать оценку эффективности социальной поддержки пациента – семьи, друзей, коллег по работе. Наличие социальной сети, не оказывающей эффективной поддержки, может служить предиктором плохого исхода. Многие травмированные пациенты убеждены в том, что они больше никому не должны доверять, или даже что они всем в тягость. Это вынуждает их сторониться других людей. Некоторые пациенты, наоборот, не могут оставаться одни и предпочитают, по-

сеща кабачки, общаться с не знакомыми им людьми, чтобы чувствовать себя в безопасности.

Ознакомление с процедурой лечения

Мы считаем, что полезно информировать пациента о сути ПТСР с помощью специального листка (табл. 1; *Leahy & Holland, 2000*). Многие люди испытывают облегчение, узнав, что их переживания изучены, что симптомы, которые причиняют им страдание, успешно поддаются лечению, и что они могут быть активными участниками процесса лечения. Мы объясняем пациентам, что травматические события настолько необычны и болезненны, что наш разум не может, ввиду чрезмерной интенсивности эмоций, “вместить” их или “переработать”. Следовательно, разум “отключается” или “отфильтровывает” наиболее тяжелый материал из сознания. Однако позже он возвращается в форме связанных с прошлым навязчивых образов и ощущений, переживаний тревоги и ужаса. Подобное явление мы расцениваем как попытку разума переработать болезненный материал в более безопасных условиях и в относительно благоприятное время. Но для пациента, тем не менее, воспоминание о травме все равно остается слишком тягостным, поэтому он продолжает избегать ситуаций и переживаний, напоминающих о случившемся. Наряду с этим, пациент может, как уже отмечалось выше, искать разубеждения со стороны других людей, употреблять алкоголь, физически избегать любых пугающих ситуаций, думать о посторонних вещах в качестве защиты от проникновения тревожащих образов в сознание.

Пациенту объясняют, что лечебный процесс предполагает постепенное погружение в болезненные образы и мысли. Это помогает ему осознать, что пугающие мысли и образы можно выносить, что сами по себе они не опасны и не угрожают безумием. Более того, постепенно погружаясь в эти мысли и образы, удастся лучше понять, что пациент думает о себе, какие чувства он испытывает относительно самого себя, других людей, мира в целом. Такого рода исследование может привести к новым, более продуктивным стратегиям совладания. Наконец, оно позволяет с большей точностью установить, какие именно ситуации избегаются, и развить новый, более эффективный способ справляться с ними (табл. 1).

Оживление травматических воспоминаний

Получить полное и детальное описание травматического переживания – важная задача лечения. Естественно, что в зависимости от типа травмы будут различаться и ее истории. Рассмотрим для примера травму, связанную с тяжелым физическим насилием. Был ли пострадавший в близких отношениях с насильником? Все ли возможности избежать насилия были использованы? Пытался ли пострадавший защищать себя? Продолжались

ли отношения с насильником после этого эпизода? Имело ли место насилие после этого эпизода? Насколько пострадавший был убежден в том, что его убьют или серьезно ранят? Отмечались ли диссоциативные реакции или потеря сознания? Прибегал ли пострадавший к алкоголю или наркотикам? Делился ли он с кем-либо? Если он кому-то рассказывал о происшедшем, как реагировал тот человек на рассказ?

При работе с травматическими воспоминаниями мы просим пациента написать изложение с максимальным количеством деталей происшедшего, включая цвета, звуки, запахи, тактильные ощущения, чувства и мысли, возникавшие в ходе переживания травмы. Пациент может прочесть терапевту это описание вслух. Терапевту следует поинтересоваться: “Какие части воспоминаний вызывают наиболее тяжелые чувства?”. Пациент может вернуться к этим болезненным точкам повествования, удерживая несколько отстраненную позицию. За терапевтом в подобном случае сохраняется право отметить стремление пациента как бы поскорее “пробежать” сквозь определенные воспоминания, попросив его вернуться к этой части истории и медленно перечитать ее, 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 той “безопасной” формой повествования, которая предохраняла ее от полного воздействия образа.

Тренинг управления тревогой

Многие пациенты с ПТСР переполнены тревогой. Поэтому мы приводим краткое описание методов, позволяющих справиться с ней, прежде всего, способы мышечной и дыхательной релаксации. Другой ряд техник построен на отвлечении внимания от тревожных переживаний и переключение его на описание простых объектов (например, дается инструкция “описать цвет каждого предмета в комнате”). Отметим, что техники управления тревогой не должны использоваться во время сеансов с процедурой погружения.

Выявление навязчивых образов и мыслей

Как мы уже указывали, в ходе оживления травматических воспоминаний терапевту следует расспрашивать пациента обо всех деталях, возникающих в памяти, а также обо всех навязчивых мыслях и образах вообще. Некоторые пациенты просыпаются от ужаса, пережив во сне образы опасности (например, “Я видел, как взрывается Всемирный Торговый Центр” или “Он крался за мной с ножом”). Другие описывают преследующее их чувство страха – “Я боюсь ездить на метро, там может быть террорист”. Многие пациенты склоняются к следующим эмоциональным умозаключениям: “Если у меня есть наплывы таких мыслей, то, значит, я сойду с ума”, “Я

должен поскорее избавиться от этих мыслей, они приведут к тому, что в моей жизни действительно произойдет что-нибудь опасное” (см. *Engelhard, Macklin, McNally, Van der Hout & Arntz, 2001*). Эти убеждения могут быть оценены и проработаны так же, как любые другие дисфункциональные мысли.

Пролонгированное погружение в воображении

Пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством обычно убеждены, что они не вынесут нового контакта с теми тяжелыми мыслями, чувствами и образами, которые и без того настигают их слишком часто. Процедура погружения позволяет выявить самую сердцевину травматических переживаний и стимулирует пациента практиковать все более длительное их припоминание.

Пациент может тренироваться в погружении с помощью терапевта, на сеансе. Терапевт дает инструкцию использовать “субъективные единицы дистресса”, оценивая тревогу от “нуля” (нет тревоги) до “десяти” (паника). Затем он вновь обращается к написанному рассказу и просит пациента медленно читать его вслух, сосредотачиваясь на каждой детали. После каждого такого прочтения пациент оценивает собственную тревогу. Ожидается, что с каждым новым прочтением тревога будет снижаться. Существенно отметить, что поначалу, когда пациент будет запрещать себе отвлекаться от темы травматических воспоминаний, тревога может возрасти. В качестве домашнего задания рекомендуется читать описание травматического события ежедневно в течение 45 минут.

Один из вариантов погружения в воображении – “переписывание сценария” (см. *Smucker & Dancu, 1999; Smucker, Weis & Grunert, 2002*). При первоначальном припоминании травмы (например, изнасилования) пациентка может рассматривать себя как маленькую, слабую, подверженную всяческим неприятностям. При “переписывании сценария в воображении” ее просят создать другую историю. Здесь она гораздо крупнее насильника и бесстрашно атакует его. Пациентку поощряют представлять насильника маленьким, уродливым, неполноценным, стимулируют к фантазиям о том, как она одерживает верх над обидчиком и унижает его. Эта процедура позволяет пациентке создать новый образ себя и новый конец истории. В качестве домашнего задания можно предложить пациенту создать историю о новых способах “совладания” с травмирующей ситуацией.

Когнитивное переструктурирование

На сеансе и при выполнении домашних заданий пациент должен подмечать и регистрировать все негативные или тревожные мысли, связанные с припоминаемой травмой. Это могут быть и некоторые предвзятые убеждения – типа “никому нельзя доверять”, “мир – опасное место”, “я беспо-

мощен”, “со мной что-то не так”, “чтобы быть в безопасности, я всегда должен знать все наверняка”. Терапевт может помочь пациенту оспорить эти тревожные мысли, задавая вопросы примерно следующего содержания: “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?”.

Обсуждение

В этой статье мы кратко описали диагностические критерии *ПТСР*, коморбидные проблемы и теоретически обосновали различные виды терапевтического вмешательства. Вопреки распространенному мнению, что *ПТСР* – редкое расстройство, связанное с “необычными” событиями (изнасилованием, участием в сражениях, присутствием при насилии над кем-то и пр.), проведенные в США исследования показывают, что различные виды травматического опыта весьма распространены, особенно в беднейших слоях населения. Более того, если мы включим в категорию “травмирующих событий” смерть супруга, участие в дорожно-транспортных и других происшествиях, природные катастрофы, то риск *ПТСР* существенно возрастает. У многих людей, не получавших лечения, острая форма переживания травмы перерастает в хроническое состояние, длящееся в течение многих лет. Важно, что воздействие данного явления на общество в целом может быть достаточно ощутимым.

Более благоприятная сторона вопроса состоит в том, что специалисты располагают множеством подходов, способных предотвратить хронификацию *ПТСР*. Преимущество когнитивно-бихевиорального подхода заключается в том, что он основан на четких теоретических представлениях о механизме возникновения *ПТСР*, а эффективность когнитивно-бихевиоральных методов подтверждена целым рядом исследований.

Приложение

Информация о посттравматическом стрессовом расстройстве для пациентов*

* Из книги: “Лечебные планы и интервенции при депрессивных и тревожных расстройствах” Роберта Лихи и Стефана Холланда (*Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*). © Copyright by Robert L. Leahy and Stephen J. Holland). Этот материал предназначен для использования только профессионалами в области охраны психического здоровья.

Что такое посттравматическое стрессовое расстройство?

Посттравматическое стрессовое расстройство (или *ПТСР*) – это распространенная реакция на стрессогенное или травмирующее событие. К возникновению *ПТСР* могут приводить многие виды событий и ситуаций: дорожно-транспортное происшествие, изнасилование или другое нападение, психическое или физическое насилие, катастрофы типа наводнения, бомбардировка или обстрел, присутствие при чьей-либо гибели и пр.

У пострадавших могут возникать проблемы или симптомы трех типов:

1) *Повторные переживания травмы* – наплывы воспоминаний, выходящие из-под контроля, кошмарные сновидения, навязчивые образы происшедшего, при которых люди ощущают, что они вновь и вновь переживают травматическое событие. Воспоминания часто возвращаются, когда люди видят или слышат что-либо, напоминающее о событии.

2) *Избегание*. Припоминание происшедшего болезненно, поэтому люди с *ПТСР* стараются вовсе не думать о случившемся. Они начинают сторониться людей, мест или предметов, которые могут напомнить им о страшном событии. Зачастую они испытывают эмоциональное онемение или отчуждение от других людей. В попытках заглушить душевную боль некоторые тянутся к алкоголю или наркотикам.

3) *Признаки физического дискомфорта*. К ним относят затруднения со сном, чувства постоянного раздражения или гнева, затрудненную концентрацию внимания, ощущения напряжения или повышенной “бдительности”.

Что приводит к посттравматическому стрессовому расстройству?

Воспоминания о пережитой травме соединяются в человеческой психике с теми зрительными, слуховыми, обонятельными впечатлениями и эмоциональными состояниями, которые имели место в момент происшествия. Впоследствии сходные зрительные образы, звуки, запахи и другие переживания могут вызывать мощные наплывы воспоминаний и эмоций. Другая причина, в силу которой травматические воспоминания возвращаются, заключается в том, что у людей есть потребность осмыслить происшедшее. Травматические события зачастую заставляют людей усомниться в вещах, в которые они ранее верили. Например, что мир, в основном, безопасен, или что с ними никогда не произойдет ничего плохого. Для того, чтобы осмыслить травму, нам необходимо размышлять о ней. Однако эти размышления возвращают болезненные воспоминания и чувства. Поэтому люди гонят от себя мысли о случившемся. Вместо того, чтобы обрести понимание, а вместе с ним и умиротворение, люди совершают колебательные движения между воспоминаниями и попытками забыть пережитое.

Как возникает посттравматическое стрессовое расстройство?

У большинства пострадавших симптомы *ПТСР* возникают через короткий промежуток времени. У половины из них примерно через три месяца наступает спонтанное улучшение. У некоторых симптомы остаются на долгие годы. У других они не проявляются в течение многих лет после события.

Как когнитивно-бихевиоральная терапия помогает при ПТСР?

Когнитивно-бихевиоральная терапия предполагает три основных шага. Во-первых, Ваш психотерапевт обучит Вас *справляться с чувствами и напряжением*, возникающими при воспоминаниях – расслаблять свое тело и отвлекаться от боли. Во-вторых, Ваш психотерапевт поможет Вам научиться *переносить воспоминания*. Он (или она) поможет Вам пересказать историю происшествия. Чем больше Вы этим занимаетесь, тем менее болезненными становятся Ваши воспоминания, и тем больше шансов у Вас обрести спокойствие. Наконец, Ваш терапевт научит Вас *изменять негативное мышление* и справляться с текущими жизненными проблемами. Множество исследований показывают, что когнитивно-бихевиоральная терапия улучшает самочувствие людей с *ПТСР* – ветеранов войн, жертв изнасилования, ограбления и других травматических происшествий.

Какова длительность терапии?

Сроки лечения зависят от ряда обстоятельств – от количества травматических событий, ставших причиной Вашего страдания, а также их тяжести; от тяжести Вашей симптоматики в текущий момент; от количества других проблем в Вашей жизни. Для людей, перенесших одно травматическое событие, обычно бывает достаточно 12-20 сеансов. Продолжительность большинства сеансов составляет 45-50 минут, однако, некоторые продлятся до 90 минут.

Может ли помочь медикаментозное лечение?

В случае *ПТСР* только прием лекарств, как правило, недостаточен. Однако комбинированная терапия в ряде случаев может оказаться полезной. При необходимости, Ваш лечащий врач или психиатр назначит Вам медикаментозное лечение.

Что ожидается от Вас как от пациента?

Если Вы в настоящий момент злоупотребляете алкоголем или переживаете серьезный жизненный кризис, то начало лечения лучше на время отложить. Психотерапевт поможет Вам справиться с данными проблемами и лишь после этого начнет работать с постстрессовой симптоматикой. Мы также надеемся, что Вы испытываете отчетливое желание пройти психо-

терапию и готовы найти время для тренировки тех навыков, которые получите в процессе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Breslau N. (2001). *The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem?* *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 17), 16-22.
- Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C. & Andreski P. (1998). *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Deblinger E., Steer R.A. & Lippmann J. (1999). *Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms*. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1371-1378.
- Engelhard I.M., Macklin M.L., McNally R.J., Van den Hout M.A. & Arntz A. (2001). *Emotion- and intrusion-based reasoning in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1339-1348.
- Falsetti S.A. & Resnick H.S. (2000). *Treatment of PTSD using cognitive and cognitive behavioral therapies*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 261-285.
- Foa E.B. (2000). *Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry (Suppl 5)*, 43-51.
- Foa E.B., Hearst-Ikeda D. & Perry K.J. (1995). *Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa E. B. & Meadows E.A. (1997). *Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review*. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Keane T.M., Weathers F.W. & Foa E.B. (2000). *Diagnosis and assessment*. In E.B.Foa & T.M.Keane & M.J.Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. & Hughes M. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. & Breslau N. (1999). *Epidemiological risk factors for trauma and PTSD*. In R.Yehuda (Ed.), *Risk factors for posttraumatic stress disorder (pp.23-59)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick D., Edmonds C.N. & Seymour A.K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victims Center.
- Leahy R.L. & Holland S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- McNally R.J. (1999). *Posttraumatic stress disorder*. In: T.Millon, P.H.Blaney & R.D.Davis (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology (pp.144-165)*. New York: Oxford University Press.
- Millon T., Davis R., Millon C., Escovar L. & Meagher S. (2000). *Personality disorders in modern life*. New York: Wiley.
- Rothbaum B.O., Meadows E.A., Resick P. & Foy D.W. (2000). *Cognitive-behavioral therapy*. In: E.B.Foa, T.M.Keane & M.J.Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. (pp.60-83)*. New York: Guilford.
- Smucker M.R., Dancu C.V. (1999). *Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Smucker M.R., Weis J. & Grunert B. (2002). *Imagery rescripting therapy for trauma survivors with PTSD*. In: A.A.Sheikh (Ed.), *Handbook of therapeutic imagery techniques (pp.85-97)*. Amityville, NY: Baywood Publishing.

Перевод Н.Г.Гаранян