

**Эффективная терапия посттравматического стрессового
расстройства**

Под редакцией

Эдны Б. Фoa Теренса М. Кина Мэтью Дж. Фридмана

Москва

«Когито-Центр»

2005

УДК 159.9.07 ББК88 Э 94

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Под редакцией Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана

Перевод с английского под общей редакцией Н. В. Тарабриной

Переводчики: В.А. Азарков, С.А. Питт — главы 5, 7, 10, 17, 19, 22, 27 О.А. Ворона — главы 1, 2, 11, 12, 14, 15, 16, 23, 24, 26 Е.С. Калмыкова — главы 9, 21 Е.Л. Миско — главы 6, 8, 18, 20 М.Л. Падун — главы 3, 4, 13, 25

Э 94 Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. - М.: «Когито-Центр», 2005. - 467 с. (Клиническая психология)

УДК 159.9.07 ББК88

Данное руководство базируется на анализе результатов исследований эффективности психотерапии взрослых, подростков и детей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Цель руководства — помочь клиницисту в лечении таких больных. Поскольку терапия ПТСР проводится специалистами с различной профессиональной подготовкой, авторы глав руководства осуществляли междисциплинарный подход к проблеме. Книга в целом объединяет усилия психологов, психиатров, социальных работников, арт-терапевтов, семейных консультантов и др. Главы руководства обращены к широкому кругу специалистов, занимающихся лечением ПТСР.

Книга состоит из двух частей. Главы первой части посвящены обзору результатов наиболее важных исследований. Во второй части приведено краткое описание применения разных терапевтических подходов для лечения ПТСР.

© Перевод на русский язык «Когито-Центр», 2005 © The Guilford Press, 2000

ISBN 1-57230-584-3 (англ.) ISBN 5-89353-155-8 (рус.)

Содержание	
i. Введение.....	7
Эдна Б. Фоа, Теренс М. Кин, Мэтью Дж. Фридман	
2. Диагноз и оценка.....	28
Теренс М. Кин, Фрэнк В. Ветерс и Эдна Б. Фоа	
I. Подходы к лечению ПТСР: обзор литературы	
3. Психологический дебрифинг.....	51
Джонатан И. Биссон, Александер С. Макфарлэйн, Сюзанна Рос	
4. Когнитивно-бихевиоральная терапия.....	75
Барбара Оласов Ротбаум, Элизабет А. Мидоуз, Патриция Ресик, Дэвид У. Фой	
5. Психофармакотерапия.....	103
Мэтью Дж. Фридман, Джонатан Р.Т. Дэвидсон, Томас А. Меллмэн, Стивен М. Саусвик	
6. Лечение детей и подростков.....	130
Юдит А. Коэн, Люси Берлинер, Джон С. Марч	
7. Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз	169
Клауд М. Чемтоб, Дэвид Ф. Толин, Бессел А. ван дер Колк, Роджер К. Питмэн	
8. Групповая терапия.....	189
Дэвид У.Фой, Ширли М. Глинн, Паула П. Шнурр, Мэри К. Янковски, Мелисса С. Ваттенберг, Даниэл С. Вейс, Чарльз Р. Мармар, Фред Д. Гусман	
9. Психодинамическая терапия.....	212
Хэрولد С. Кадлер, Артур С. Блэнк мл., Дженис Л. Крапник	
10. Лечение в стационаре.....	239
Кристин А. Курти, Сандра Л. Блюм	
И. Психосоциальная реабилитация.....	270
Вальтер Пенк, Рэймонд Б. Флэннери мл.	
12. Гипноз.....	298
Этзел Кардена, Хосе Мальдонадо, Отто ван дер Харг, Дэвид Шпигель	
13. Супружеская и семейная терапия.....	336
Дэвид С. Риггс	
^Арт-терапия.....	360
Дэвид Рид Джонсон	

II. Руководство по терапии	
15. <i>Психологический дебрифинг</i>	377
Джонатан И. Биссон, Александер Макфарлэйн, Сюзанна Рос	
16. <i>Когнитивно-бихевиоральная терапия</i>	381
Барбара Оласов Ротбаум, Элизабет А. Мидоуз, Патриция Ресик, Дэвид У. Фой	
17. <i>Психофармакотерапия</i>	389
Мэтью Дж. Фридман, Джонатан Р.Т. Дэвидсон, Томас А. Меллман, Стивен М. Саусвик	
18. <i>Лечение детей и подростков</i>	394
Юдит А. Коэн, Люси Берлинер, Джон С. Марч	
19. <i>Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз</i>	398
Клауд М. Чемтоб, Дэвид Ф. Толин, Бессел А. ван дер Колк, Роджер К. Питмэн	
20. <i>Групповая терапия</i>	402
Дэвид У. Фой, Ширли М. Глинн, Паула П. Шнурр, Мэри К. Янковски, Мелисса С. Ваттенберг, Даниэл С- Вейс, Чарльз Р. Мармар, Фред Д. Гусман	
21. <i>Психодинамическая терапия</i>	405
Хэрролд С. Кадлер, Артур С. Блэнк мл., Дженис Л. Крапник	
22. <i>Лечение в стационаре</i>	408
Кристина А. Курти, Сандра Л. Блюм	
23. <i>Психосоциальная реабилитация</i>	414
Вальтер Пенк, Рэймонд Б. Флэннери мл.	
24. <i>Гипноз</i>	418
Этзел Кардена, Хосе Мальдонадо, Отто ван дер Харг, Дэвид Шпигель	
25. <i>Супружеская и семейная терапия</i>	423
Дэвид С. Риггс	
26. <i>Арт-терапия</i>	426
Дэвид Рид Джонсон	
27. <i>Заключение и выводы</i>	429
Арье У. Шалев, Мэтью Дж. Фридман, Эдна Б. Фoa, Теренс М. Кин	
<i>Предметный указатель</i>	
	457

1

Введение

Эдна Б. Фoa, Теренс М. Кин, Мэтью Дж. Фридман

В подготовке материалов, представленных в этой книге, приняли непосредственное участие члены специальной комиссии, созданной для разработки руководства по методам лечения ПТСР. Эта комиссия организована Советом директоров Международного общества по исследованию травматического стресса (International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS) в ноябре 1997 г. Нашей целью было описать различные способы терапии, основываясь на обзоре обширной клинической и исследовательской литературы, подготовленном экспертами по каждой конкретной области. Книга состоит из двух частей. Главы первой части посвящены обзору результатов наиболее важных исследований. Во второй части приведено краткое описание применения разных терапевтических подходов в лечении ПТСР. Это руководство направлено на то, чтобы информировать клиницистов о тех разработках, которые мы определили как лучшие для лечения пациентов с диагнозом «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР). ПТСР — это сложное психическое состояние, которое развивается в результате переживания травматического события. Симптомами, характеризующими ПТСР, являются повторяющееся воспроизведение травматического события или его эпизодов; избегание мыслей, воспоминаний, людей или мест, ассоциирующихся с этим событием; эмоциональное оцепенение; повышенное возбуждение. ПТСР часто сопровождается другими психическими расстройствами и является сложным заболеванием, которое может быть связано со значительной болезненностью, нетрудоспособностью и нарушением жизненно важных функций.

При разработке этого практического руководства Специальная комиссия подтвердила, что травматический опыт может повлечь за собой развитие различных нарушений, таких, как общая депрессия, специфические фобии; расстройство, вызванное острым стрессом, нигде более не определяемое (*disorders of extreme stress not otherwise specified, DESNOS*), личностные расстройства, такие, как пограничное тревожное расстройство и паническое расстройство. Однако основной темой этой книги является лечение именно ПТСР и его симптомов, которые перечислены в четвертом издании Диагностического и Статистического руководства по психическим заболеваниям (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 1994*) Американской психиатрической ассоциации.

Авторы руководства признают тот факт, что диагностические рамки ПТСР ограничены и что эти ограничения могут быть особенно очевидны в случае пациентов, переживших сексуальное или физическое насилие в детстве. Часто пациенты с диагнозом DESNOS имеют широкий спектр проблем в отношениях с другими людьми, которые способствуют нарушениям личностного и социального функционирования. Об успешном лечении таких пациентов относительно мало известно. Единое мнение клиницистов, подтвержденное эмпирическими данными, состоит в том, что пациентам с этим диагнозом необходимо длительное и комплексное лечение.

Специальная комиссия также признала, что ПТСР часто сопровождается другими психическими расстройствами, и эти сопутствующие заболевания требуют со стороны медицинского персонала чуткости, внимания, а также уточнения диагноза на протяжении всего процесса лечения. Расстройствами, требующими особого внимания, являются злоупотребление химическими веществами и общая депрессия как наиболее часто встречающиеся коморбидные состояния. Практикующие специалисты могут обратиться к руководствам по этим расстройствам для разработки планов лечения индивидов, демонстрирующих множественные расстройства, и к комментариям в главе 27.

Это руководство базируется на случаях взрослых, подростков и детей, страдающих ПТСР. Цель руководства — помочь клиницисту в лечении этих индивидов. Поскольку лечение ПТСР проводится клиницистами с различной профессиональной подготовкой, эти главы были разработаны на основе междисциплинарного подхода. В процессе разработки активно участвовали психологи, психиатры, социальные работники, арт-терапевты, семейные консультанты и другие специалисты. Соответственно, эти главы обращены к широкому спектру специалистов, занимающихся лечением ПТСР.

Специальная комиссия исключила из рассмотрения тех индивидов, которые подвергаются насилию или оскорблениям в настоящее время. Эти индивиды (дети, которые живут с оскорбляющим их человеком, мужчины

и женщины, которые подвергаются оскорблениям и насилию в своем доме), а также те, кто проживает в зонах ведения боевых действий, могут также соответствовать критериям диагноза ПТСР. Однако их лечение, а также связанные с этим юридические и этические проблемы значительно отличаются от лечения и проблем пациентов, которые пережили травматические события в прошлом. Пациенты, находящиеся непосредственно в травматической ситуации, нуждаются в специальном внимании клиницистов. Эти обстоятельства требуют разработки дополнительных практических руководств.

Очень мало известно о лечении ПТСР в промышленно отсталых регионах. Исследования и научные разработки по этим темам проводятся в основном в западных индустриальных странах. Специальная комиссия четко осознает эти культуральные ограничения. Растет убежденность в том, что ПТСР — это универсальный ответ на травматические события, который наблюдается во многих культурах и обществах. Однако есть необходимость в систематических исследованиях, чтобы определить, насколько лечение, как психотерапевтическое, так и психофармакологическое, доказавшее свою эффективность в западном обществе, будет эффективным в других культурах.

В общем и целом специалисты не должны ограничивать себя только теми подходами и техниками, которые изложены в данном руководстве. Приветствуется творческая интеграция новых подходов, продемонстрировавших свою эффективность при лечении других расстройств и имеющих достаточную теоретическую основу, в целях улучшения результатов терапии.

ПРОЦЕСС РАБОТЫ НАД РУКОВОДСТВОМ

Процесс разработки данного руководства проходил следующим образом. Сопредседатели Специальной комиссии определили специалистов по тем основным терапевтическим школам и способам терапии, которые в настоящее время используются в работе с пациентами, страдающими ПТСР. По мере нахождения новых результативных способов терапии состав Специальной комиссии расширялся. Таким образом, Специальная комиссия включала специалистов различных подходов, теоретических ориентации, терапевтических школ, а также профессиональной подготовки. Фокус Руководства и его формат были определены Специальной комиссией в течение ряда встреч.

Сопредседатели поручили членам Специальной комиссии подготовку статьи по каждому направлению терапии. Каждая статья должна была быть написана признанным специалистом при поддержке помощника, которого тот самостоятельно выбрал из числа других членов комиссии или клиницистов.

Статьи должны были содержать обзор литературы по исследованиям в данной области и клинической практике.

Обзоры литературы по каждой теме составлены с использованием оперативных систем поиска, таких, как «Опубликованная международная литература по травматическому стрессу» (Published International Literature on Traumatic Stress, PILOTS), MEDLINE и PsycLIT. В окончательном варианте статьи были приведены к стандартному формату и ограничены в объеме. Авторы приводили литературу по теме, представляли клинические разработки, давали критический обзор научной основы конкретного подхода и представляли статьи председателю. Законченные статьи раздавались затем всем членам Специальной комиссии для комментариев и активного обсуждения. Итоги обзоров с доработками превратились в статьи и впоследствии стали главами этой книги.

На основе статей и внимательного изучения литературы был разработан набор кратких практических рекомендаций по каждому терапевтическому подходу. Его можно найти в части II. Каждому терапевтическому подходу или модальности в руководстве был присвоен рейтинг в соответствии с эффективностью его терапевтического воздействия. Эти рейтинги были стандартизованы в соответствии с кодирующей системой, адаптированной Агентством по политике здравоохранения и исследованиям (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR). Приведенная ниже система рейтингов представляет собой попытку сформулировать рекомендации для практикующих специалистов, основанные на имеющихся научных достижениях.

Руководство было отрецензировано всеми членами Специальной комиссии, согласовано и затем представлено Совету Директоров ISTSS, отправлено на рецензию в ряд профессиональных ассоциаций, представлено на публичном Форуме ежегодного съезда ISTSS и размещено на сайте ISTSS для комментариев рядовых членов научного сообщества. Материалы, полученные в результате этой работы, также были включены в руководство.

Опубликованные исследования по ПТСР, как и по другим психическим расстройствам, содержат определенные ограничения. В частности, в большинстве исследований применяются критерии включения и исключения пациентов в группу для того, чтобы определить, соответствует ли диагноз конкретному случаю; следовательно, каждое исследование может не полностью представлять спектр пациентов, обращающихся за лечением. В исследования ПТСР, например, очень часто не включают пациентов с зависимостями от химических веществ, суицидальным риском, нейропсихологическими нарушениями, задержками в развитии или сердечно-сосудистыми заболеваниями. В данном руководстве рассматриваются исследования, которые не касаются указанных групп пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ Тип травмы

Большинство рандомизированных клинических испытаний, проведенных на ветеранах войн (в основном Вьетнамской) показали, что для этого контингента лечение было менее эффективно по сравнению с людьми, не участвовавшими в боевых действиях, ПТСР которых было связано с другим травматическим опытом (например, с изнасилованием, несчастными случаями, стихийными бедствиями). Поэтому некоторые эксперты полагают, что ветераны войн, страдающие ПТСР, хуже поддаются лечению, чем те, кто пережил травмы другого рода. Такой вывод преждевременен. Разница между ветеранами и другими пациентами с ПТСР может быть обусловлена большей тяжестью и хроническим характером их ПТСР, нежели особенностями, присущими именно военным травмам. Кроме того, низкие показатели эффективности лечения ветеранов могут быть связаны с особенностями выборки, поскольку группы порой формируются из добровольцев — ветеранов, хронических пациентов с множественными нарушениями. В целом на данный момент нельзя сделать однозначный вывод, что ПТСР после определенных травм может быть более резистентным к лечению.

Единичные и множественные травмы

Среди пациентов с ПТСР не проводилось никаких клинических исследований с целью ответа на вопрос, может ли количество предыдущих травм повлиять на ход лечения ПТСР. Поскольку большинство исследований проводилось или на ветеранах войн, или на женщинах, подвергшихся сексуальному насилию, большинство которых пережили многочисленные травмы, было обнаружено, что многое из того, что известно об эффективности лечения, относится к людям, имевшим многократный травматический опыт. Исследования индивидов с однократной и многократной травматизацией могли бы представлять большой интерес, поскольку можно было бы выяснить, насколько первые, как ожидается, лучше поддаются лечению. Однако проведение таких исследований может быть достаточно сложным, так как пришлось бы проконтролировать такие факторы, как сопутствующие диагнозы, тяжесть и хронический характер ПТСР, и каждый из этих факторов может быть более значимым предиктором результата лечения, чем количество пережитых травм.

Хроническое ПТСР

В клинических подходах в настоящее время придается особое значение профилактике, определению факторов риска, раннему диагностированию ПТСР и своевременному вмешательству. Происходит это ввиду того, что, как и многие другие соматические и психические заболевания, лечение ПТСР имеет наиболее благоприятный прогноз при максимально возможно раннем медицинском вмешательстве. Однако авторы тех немногих исследований, которые проведены на данный момент, не разделяют эту точку зрения. С другой стороны, многочисленные факты свидетельствуют о том, что часто люди, у которых развивается ПТСР, длительно страдают от данного расстройства, не зная об этом. Хотя нет четкого вывода, что хроническое ПТСР внутренне (например, психобиологически) отличается от более остро протекающей клинической формы, в принципе считается, что хроническое ПТСР хуже поддается лечению.

У некоторых пациентов с хроническим ПТСР развивается устойчивое дезадаптирующее психическое состояние (характеризующееся ярко выраженной симптоматикой, вызывающей дистресс), неспособность к супружеской, социальной и профессиональной деятельности; а также повышенная потребность в психиатрической и социальной поддержке. Таким пациентам могут быть более полезны методы психосоциальной реабилитации и индивидуализированная программа комплексной социально-психологической и психиатрической помощи, а не психо- и фармакотерапия (см. главу 11).

Тендерные различия

Хотя есть данные, что женщины в течение жизни в два раза чаще, чем мужчины, страдают ПТСР и при переживании одной и той же травмы у женщин в четыре раза более вероятно развитие ПТСР, чем у мужчин, тендерные различия в эффективности лечения этого расстройства систематически не изучались. Следовательно, мы не знаем, насколько половые различия предопределяют успех лечения. Это особенно важно подчеркнуть потому, что, как отмечалось ранее, поверхностный обзор литературы позволяет сделать вывод о том, что женщины более излечимы, чем мужчины. Однако более пристальное наблюдение лечения мужчин и женщин выявляет определенные различия, которые затрудняют прямые сопоставления. Во-первых, ПТСР женщин обычно возникает после сексуальной травмы в детском или во взрослом возрасте, в то время как исследования мужчин, как правило, проводятся на ветеранах войн. Во-вторых, поскольку собрано очень мало данных по мужчинам, которые не являются участниками войн, трудно сопоставлять данные ветеранов и мужчин, получивших иные травмы. Наконец, до того,

как объяснять эффективность протекания лечения тендерными факторами, необходимо систематически контролировать иные факторы, такие, как способы лечения, тяжесть ПТСР, хронический характер ПТСР, наличие сопутствующих заболеваний. В целом на настоящий момент нельзя сделать вывод о том, что пол является значимым фактором, предсказывающим эффективность лечения.

Возраст

В отношении влияния возраста на эффективность лечения существуют два вопроса: (1) влияет ли возраст, в котором была получена травма, на эффективность лечения? и (2) влияет ли возраст, в котором было начато лечение, на его эффективность? Ни один, ни другой вопрос систематически не изучался, поэтому ни по одному из них нет убедительных данных. Одни взрослые и дети имели улучшение в ходе лечения, другие — нет. В соответствии с исследованиями, результаты которых опубликованы в настоящее время, возраст травматизации не имеет решающего значения при лечении.

Дети

Диагностика и лечение детей настолько сложны и проблематичны, что целая глава настоящего издания посвящена лечению детей с ПТСР. Возрастной уровень особенно важен, так как он может повлиять как на клиническую феноменологию ПТСР у детей, так и на выбор методов лечения. Кроме того, при лечении детей нужно обязательно учитывать фактор родительского влияния. Возрастные биологические факторы могут также обуславливать выбор лекарств, если применяется фармакотерапия, в то время как возрастные когнитивные факторы — способы диагностики и выбор методов лечения.

Взрослые

ПТСР может начаться или возобновиться в любой момент жизненного Цикла. Оно может быть устойчивым в течение десятилетий и даже усилиться в пожилом возрасте. Возрастные факторы, специфические для пожилых людей, могут повлиять на восприимчивость к ПТСР. Это такие факторы, как чувство беспомощности, спровоцированное болезнью, сокращение возможностей для деятельности или социальная маргинальность. Смерть любимых людей может инициировать воспоминания о болезненных потерях и таким образом спровоцировать рецидив симптомов ПТСР, которые до этого могли десятилетиями находиться в состоянии ремиссии. Выход на пенсию,

процесс подведения жизненных итогов в пожилом возрасте может также повысить уязвимость для обострения или возобновления ПТСР. Возрастные биологические факторы могут влиять на выбор и рекомендуемую дозу лекарства, выбранного для фармакотерапии, а когнитивные факторы — на методы диагностики и терапии пожилых пациентов с ПТСР.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ

В настоящее время существует очень мало эмпирических данных, которые могли бы нас сориентировать по вопросу выбора курса лечения ПТСР. Однако ниже в этой главе, а также в главе 27 приводятся некоторые точки зрения по этому вопросу.

Цели лечения

Все методы, представленные в данном руководстве, имеют своих сторонников, подтверждающих их эффективность при лечении ПТСР. Однако задачи терапии в каждом случае различны. Некоторые методы (например, когнитивно-поведенческая психотерапия, фармакотерапия и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз) имеют своей основной целью ослабление симптомов ПТСР, по которому и можно судить об эффективности лечения. Другие подходы (например, гипноз, арт-терапия и, возможно, психоанализ) вносят больший вклад в диагностику и терапевтический процесс, нежели в ослабление симптомов ПТСР. Есть направления (например, психологическая реабилитация), которые выдвигают на первый план функциональное улучшение с уменьшением симптомов ПТСР или без такового. Наконец, некоторые интервенции (например, госпитализация, лечение зависимости от химических веществ) фокусируются в первую очередь на разрушительном поведении или сопутствующих заболеваниях, которые нужно лечить прежде, чем начинать лечение ПТСР.

Лечение ПТСР

Эффективность — это главный критерий, по которому в данном руководстве оцениваются все методы лечения. Некоторые способы терапии воздействуют на всю совокупность симптомов ПТСР, в то время как другие эффективны при воздействии только на конкретную группу симптомов (например, симптомы вторжения [В], избегания/оцепенения [С] или возбуждения [D]). В главе 2 обсуждаются методы, разработанные для того, чтобы оценивать и отслеживать тяжесть симптомов ПТСР во время проведения лечения.

При оценке терапевтических методик некоторые специалисты оспаривают эффективность воздействия на отдельный симптом, аргументируя это тем, что лучший показатель эффективности лечения — это способность данного метода достичь улучшения общей картины заболевания, а не ослабления конкретного симптома. Однако в данном руководстве основным критерием эффективности терапии является ослабление симптомов ПТСР, хотя общее улучшение также обозначается, насколько это возможно.

Сопутствующие заболевания

Как и при других психических расстройствах, пациенты с ПТСР имеют еще как минимум одно психическое нарушение. Согласно эпидемиологическим данным по США, 80% пациентов, страдающих в течение жизни ПТСР, испытывают также депрессию, другие тревожные расстройства или зависимость/ злоупотребление различными химическими веществами. Эффективная медицинская практика показывает, что лучшей терапией является такая, которая может облегчить и ПТСР, и сопутствующие симптомы. Следовательно, наличие специфических сопутствующих расстройств может подсказать врачу тот или иной способ лечения. Эти случаи более подробно рассмотрены в главе 27. Однако снова нужно подчеркнуть, что лечение ПТСР — это главный критерий, в соответствии с которым оцениваются все методики.

Суицидальное поведение

Саморазрушительное и импульсивное поведение хотя и не является частью основного симптомокомплекса ПТСР, но признано сопутствующим проявлением, которое может оказывать глубокое влияние на проведение лечения. Следовательно, общепринятая практика обследования пациентов с ПТСР должна включать тщательную оценку суицидального риска и изучение истории суицидальных попыток. Следует также оценить такие факторы риска суицида, как депрессия и злоупотребление химическими веществами. Если выявлена значительная склонность к суициду, она должна лечиться раньше других заболеваний. Если пациента нельзя эффективно лечить амбулаторно, должна быть рекомендована немедленная госпитализация. Если суицидальность вторична по отношению к депрессии и/или есть злоупотребление химическими веществами, внимание врачей должно быть сконцентрировано на обоих факторах до начала лечения ПТСР.

Злоупотребление/зависимость от химических веществ

Показатели зависимости или злоупотребления алкоголем у мужчин и женщин, страдающих ПТСР, примерно 52% и 28% соответственно, а зависимость или злоупотребление лекарственными средствами 35% и 27% соответственно. Такие сопутствующие расстройства не только усложняют лечение, но в некоторых случаях могут усиливать само ПТСР. Кроме того, множество легальных веществ, таких, как никотин, кофеин и симпатомиметики (например, сосудосуживающие капли от насморка) могут влиять на лечение и, следовательно, должны тщательно отслеживаться у всех пациентов с ПТСР. Во многих случаях, если есть значительная зависимость или злоупотребление, они должны лечиться раньше, чем само ПТСР.

Сопутствующие общие медицинские состояния

Увеличиваются свидетельства того, что у индивидов, переживших травмы, обнаруживается повышенный риск развития соматических заболеваний. Лица, пережившие травму, по сравнению с людьми, не подвергавшимися психической травматизации, предъявляют больше жалоб по поводу своего здоровья, они чаще пользуются услугами медицинских служб, у них при обследовании выявляется больше заболеваний, а также они имеют более высокие показатели смертности. Некоторые исследования полагают, что такие неблагоприятные медицинские показатели могут быть обусловлены ПТСР. Большой интерес представляет изучение пациентов с соматическими заболеваниями в отношении прошлых травм и симптомов ПТСР. Однако эта работа находится еще в зачаточном состоянии, и нет данных по лечению ПТСР у пациентов, обращающихся за медицинским и хирургическим лечением.

Нетрудоспособность и функциональные нарушения

Пациенты с ПТСР значительно отличаются друг от друга в отношении тяжести, застарелости, сложности, сопутствующих заболеваний, сопутствующих симптомов и функциональных нарушений. Эти различия могут влиять как на выбор, так и на задачи терапии. Для некоторых пациентов с хроническим ПТСР функциональное улучшение может быть более важно, чем ослабление симптомов ПТСР. В других случаях (особенно с теми, кто был подвергнут сексуальному злоупотреблению или длительному жестокому обращению в детстве) клинические интервенции должны быть сфокусированы в первую очередь на симптомах диссоциации, импульсивности, склонности к аффектам, соматизации, межличностных затруднениях или

патологических изменениях идентичности. Поэтому, хотя основной акцент в этом руководстве делается на ослаблении основных симптомов ПТСР, для некоторых пациентов специалисты могут достичь функциональное улучшение приоритетным для клинических задач.

Показания к госпитализации

Возможность стационарного лечения может рассматриваться в тех случаях, когда индивид может причинить вред себе или окружающим, его состояние нестабильно, функционирование сильно нарушено, он находится в сильном психологическом стрессе и/или нуждается в безопасном окружении, где за ним будет осуществляться особое наблюдение и/или с ним будут проведены диагностические процедуры. Программа избирательной госпитализации в специализированном стационарном учреждении рассмотрена в главе, целиком посвященной этому вопросу (см. главу 10). Общая рекомендация состоит в том, чтобы такая госпитализация проходила в сотрудничестве с социальными работниками и сочеталась с общим долговременным планом лечения, разработанным ранее. Наша основополагающая позиция сводится к тому, что на прошлой травме следует фокусироваться только в интересах будущего. Лечение проводится для того, чтобы поддерживать усилия пациента по созданию нормальной жизни, которая последует за нынешним лечением в рамках больничного режима и обеспокоенностью, спровоцированной травмой.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В РУКОВОДСТВО

Лечение нарушений, вызванных травмой, широко обсуждается в литературе уже более ста лет. Этот обширный материал обеспечил нас богатым клиническим опытом. За последние два десятилетия некоторые способы лечения ПТСР были изучены с применением экспериментальных и статистических методик. Таким образом, в настоящее время мы имеем и клинические наблюдения, и теоретическую базу по вопросу о том, какие методы лечения помогают пациентам с посттравматическими проблемами. Соответственно, данное руководство охватывает ряд методов психотерапии и психофармакотерапии, которые были опробованы на жертвах травм, страдающих посттравматическими симптомами.

Теоретические разработки и практические свидетельства эффективности лечения ПТСР и сопутствующих ему симптомов сильно различаются в каждом конкретном случае. Однако изучение эффективности лечения ПТСР находится в начальной стадии по сравнению с данными по другим психическим

заболеваниям; поэтому Специальная комиссия решила включить в руководство как те способы терапии, которые были признаны эффективными в результате исследовательской проверки, так и те способы, которые многократно использовались при лечении переживших травму людей, но еще не были подвергнуты эмпирической проверке.

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Что такое хорошо контролируемые исследования?

Было проведено множество исследований для установления эффективности различных направлений в лечении ПТСР; на сегодняшний день относительно немного исследований применяли точные научные методы. Хорошо контролируемые исследования должны иметь следующие характеристики:

1) *Целью исследования должны быть четко определенные симптомы.* Травматический опыт сам по себе не является показанием к лечению. Для обоснованного лечения должны быть выявлены значимые, связанные с травмой симптомы, такие, как ПТСР или депрессия. Какой бы симптом или синдром ни был целью исследования, он должен быть четко определен для того, чтобы можно было применить соответствующие методы оценки его улучшения. Дополнительно к уточнению диагностического статуса важно определить уровень тяжести симптомов как критерий включения пациента в процесс лечения.

К вопросу о симптомах в качестве цели исследования относится важность очерчивания критерия включения и исключения. Схема критерия включения-исключения может быть полезна как для изучения предикторов полученных результатов исследования, так и для оценки эффективности лечения и возможности обобщения за рамками изучаемой выборки. Если лечение эффективно вне зависимости от индивидуальных различий, оно подтверждает свою более высокую надежность и, следовательно, результативность.

2) *Надежные и валидные измерения.* Когда целевые симптомы исследования идентифицированы и определена генеральная совокупность, следует применять методы с хорошими психометрическими свойствами (обсуждение методов см. далее). В исследованиях, посвященных конкретному диагнозу, оценка должна включать методы, разработанные для постановки диагноза и для определения тяжести симптомов.

3) *Применение слепого метода.* Ранние исследования лечения индивидов, переживших травму, при оценке эффективности лечения в основном

полагались на отчеты терапевтов и пациентов, результатом чего была низкая надежность оценивания. Сейчас использование независимых экспертов — это необходимое условие надежных исследований результатов лечения. Для сохранения независимости эксперта существенны две процедуры. Во-первых, эксперт не должен сам проводить лечение этого пациента. Во-вторых, пациенты должны получить инструкцию не демонстрировать свое состояние во время оценки независимым экспертом для того, чтобы не влиять на его заключения.

4) *Подготовка эксперта.* Надежность и валидность оценки во многом зависит от квалификации эксперта; следовательно, подготовка эксперта должна быть тщательной, и должен быть определен минимум критериев, надежность параллельных форм и калибровка процедур оценки в течение всего исследования во избежание ошибок эксперта.

5) *Специальные воспроизводимые программы лечения, снабженные руководствами.* Важно, чтобы выбранная программа лечения была применима к конкретному заболеванию, определенному критерием включения. Таким образом, если заболевание диагностировано как ПТСР, наиболее подходящей будет специально разработанная для него терапия. В оценке эффективности лечения очень важны подробные терапевтические руководства, так как они помогают регулярному распространению информации о лечении между пациентами и терапевтами и обеспечивают воспроизводимость терапии для определения возможностей широкого применения.

6) *Объективная оценка терапии.* Для исключения потенциального источника искажения данных ни пациенты, ни терапевты не должны сами определять параметры лечения. Напротив, пациенты случайно распределяются относительно условий лечения или разбиваются на группы при помощи специального метода стратификации. Такой способ формирования выборки позволяет установить, что наблюдаемые различия или сходства между методами терапии имеют место благодаря применяемым техникам, а не внешним факторам. Для определения, зависит ли эффективность лечения от метода или же от личности терапевта, каждый метод лечения должен проводиться как минимум двумя терапевтами, и пациенты должны случайным образом распределяться между терапевтами, проводящими лечение в соответствии с заданными параметрами.

7) *Соблюдение правил терапии.* Заключительным компонентом хорошо контролируемого исследования должно быть использование свода правил проведения лечения. Эти правила информируют о том, проводилось ли лечение так, как это было запланировано, или же компоненты лечения одного заболевания смешивались с компонентами лечения другого расстройства.

Ограничения хорошо контролируемых исследований

Хотя проведение контролируемых исследований необходимо для оценки эффективности терапевтического подхода, данные, полученные в таких исследованиях, вовсе не бесспорны. Жесткие требования таких исследований могут компенсировать нерепрезентативность выборки; следовательно, возможность обобщения результатов может быть ограничена. Например, требование случайного отбора в тех исследованиях, которые включают применение плацебо, могут использоваться для одних пациентов, но не для других, и факторы, повлекшие применение таких методов, могут быть уместными в зависимости от того, как пациент реагирует на лечение. При оценке уже завершеного исследования должен проводиться анализ крайних значений. Применение некоторых терапевтических методов, эффективных по своей сути, однако не соответствующих ожиданиям пациента, может не дать положительных результатов. Это необходимо учитывать при рассмотрении результатов исследований.

Другой источник необъективности информации, полученной в результате контролируемых исследований, состоит в том, что некоторые подходы более удобны для изучения, чем другие. Например, кратковременные и структурированные методы, такие, как когнитивно-поведенческая терапия и медикаментозное лечение, больше подходят для контролируемых проб, чем более длительные и менее структурированные подходы. В результате информация об эффективности первых более доступна, чем информация о последних.

Что такое величина эффекта?

Есть много способов определить эффективность того или иного метода лечения данного расстройства. Одним из таких способов является подсчет количества людей, состояние которых в результате исследуемого вида лечения перестало соответствовать диагностическим критериям расстройства. Другой путь состоит в сравнении интенсивности симптомов до и после применения лечения или в течение некоторого периода. Величина эффекта представляет собой статистический метод, который был разработан для оценки среднего значения величины изменения интенсивности симптомов, в отношении которых применялся данный метод лечения, до и после применения этого метода. Метод подсчета величины эффекта позволяет нам провести сравнительный анализ эффективности разных типов лечения, изучаемых в разных исследованиях. Этот метод применим к эмпирическим исследованиям, обсуждаемым в этой книге.

Процедуры подсчета и представления величины эффекта были стандартизованы двумя способами для повышения сопоставимости результатов,

представленных в кратких резюме. Во-первых, была применена единичная статистика величины эффекта: один из вариантов подсчета величины эффекта известен как объективный параметр g Хеджеса, он принадлежит так называемому (i -семейству параметров для определения величины эффекта Кохена. Параметр g Хеджеса, как и параметр d Кохена, может быть описан довольно просто. Данный параметр основан на стандартизированной величине разницы между двумя средними значениями, обычно это среднее значение по группе испытуемых, к которым применяли данный метод лечения, минус среднее значение по группе сравнения, деленное на величину стандартного отклонения по всей выборке. Таким образом, целое значение параметра представляет собой разницу между средними значениями по указанным группам, выраженную в количестве стандартных отклонений для всей выборки. Например, если $g = 0,5$, то величина среднего значения группы испытуемых, подвергшихся лечению, превышает среднюю величину группы сравнения на половину значения стандартного отклонения по всей выборке. В отличие от d Кохена, который систематически дает завышенную оценку на небольших выборках, формула подсчета объективного параметра g Хеджеса позволяет учитывать влияние малого размера выборки. Для того, чтобы в дальнейшем облегчить сравнительный анализ, знаки всех величин эффекта были сведены таким образом, что позитивный эффект всегда означает улучшение состояния после лечения в сопоставлении с группой сравнения.

Во-вторых, при отборе исследований для меморандума была использована иерархическая процедура. Это было сделано потому, что невозможно сравнивать напрямую величины эффекта, полученные в исследованиях с разными правилами формирования группы сравнения, даже если применяется один и тот же статистический метод подсчета величины эффекта. Для отбора в меморандум мы располагали достаточным количеством исследований, в которых группа сравнения формировалась из пациентов, ожидающих начала лечения (лист ожидания), или пациентов, подвергавшихся особым методам лечения, однако исследования, в которых группы сравнения формировались иначе, не были включены в меморандум. В том случае, если количество исследований с использованием группы сравнения «без лечения» было недостаточно для того, чтобы сделать те или иные выводы, то мы добавляли в круг анализируемых работ исследования по группе сравнения «плацебо», учитывая, однако, что для такого рода исследований существует тенденция к меньшей величине эффекта по сравнению с другими типами исследования, даже в том случае, если лечение оказывалось одинаково эффективным. Только в том случае, когда мы не располагали работами, выполненными в соответствии с планами, указанными выше, для анализа отбирались исследования, в которых отсутствовала контрольная группа. Для исследований этого рода единственным способом посчитать стандартизированную

разницу величины эффекта является сравнение показателей группы пациентов, проходивших лечение до его начала и после. Однако в силу того, что эти значения не являются независимыми, получаемое при их использовании значение величины эффекта будет завышенным по сравнению с величиной эффекта, полученной в исследованиях с использованием двух групп сравнения. По этой причине упомянутые исследования не могут быть непосредственно сопоставлены по значениям величины эффекта.

Современное состояние знаний по терапии ПТСР

Исследования эффективности лечения ПТСР начались в начале 1980-х годов, со времени включения этого заболевания в DSM-III. С тех пор было опубликовано множество докладов и исследований. Эти исследования различались по методологической строгости, поэтому достоверность их выводов неодинакова для разных подходов. В целом психотерапия, в особенности когнитивно-поведенческая терапия, а также медикаментозное лечение, особенно применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, показали эффективность лечения ПТСР. Однако отсутствие доказательств эффективности конкретной техники или подхода — показатель не того, что они не работают, а того, что они не были подвергнуты строгой научной проверке.

Исследования показывают, что психодинамическая психотерапия, гипноз и метод десенсибилизации и переработки движениями глаз также эффективны, но исследования по ним или немногочисленны, или не строго контролировались. Необходимы контролируемые исследования других методов лечения ПТСР, и в момент публикации данного руководства проводится множество международных проектов по этой теме. Большинство выводов по лечению ПТСР основано на исследовании эффективности применяемых методов и должно быть внимательно изучено. Эта область нуждается в завершении исследований для определения диапазона, в котором могут применяться полученные результаты. Периодическое обновление данного руководства должно отслеживать прогресс в данной области.

Комбинированные подходы

Не существует исследований, которые систематически изучали бы эффективность сочетания психотерапии с медикаментозным лечением или сочетание разных способов медикаментозного лечения. Исследования других заболеваний (например, депрессии) показали преимущества комбинированных подходов. Только в двух исследованиях проверялось, насколько программа, включающая широкий спектр когнитивно-поведенческих техник, более про-

дуктивна, нежели программы, включающие меньшее количество техник. В целом эти исследования не поддерживают проведения более комплексных программ. Несмотря на недостаточную изученность, клиническая практика диктует использование комбинированных подходов для некоторых пациентов. Многие пациенты с ПТСР страдают депрессией. Если депрессия умеренная или тяжелая, то желательно сочетание психотерапии и медикаментозного лечения.

ПРИНЯТЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

Для облегчения оценки каждого терапевтического подхода, представленного в данном руководстве, и обозначения его доказанности и эффективности была разработана следующая система кодирования.

Каждая рекомендация отнесена к одной из шести категорий, обозначенных буквами. Шесть категорий представляют различные уровни оснований для применения определенного метода лечения или для определенной рекомендации. Эта система была заимствована из классификации Уровней доказательности Агентства по политике здравоохранения и исследованиям (ANSPR) и адаптирована.

Уровень А: данные основаны на рандомизированных, хорошо контролируемых клинических исследованиях индивидов с ПТСР.

Уровень В: данные основаны на хорошо разработанных клинических исследованиях индивидов с ПТСР без рандомизации или плацебо-сравнения.

Уровень С: данные основаны на естественных клинических исследованиях и наблюдениях, которые в достаточной мере подтверждают эффективность терапевтической техники или дают определенные рекомендации.

Уровень D: данные основаны на длительной и широко распространенной клинической практике, которая не подвергалась эмпирической проверке при ПТСР.

Уровень E: данные основаны на длительной практике ограниченной группы клиницистов, которая не подвергалась эмпирической проверке при ПТСР.

Уровень F: данные основаны на недавно разработанном методе лечения, который не подвергался клинической или эмпирической проверке при ПТСР.

УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ Подготовка терапевта

Адекватное применение информации, содержащейся в данном руководстве, возможно только в том случае, если клиницист получил специальную профессиональную подготовку и обладает официальной лицензией на соответствующую деятельность. Обычно профессиональная подготовка включает обучение в высшем учебном заведении, прохождение клинической интернатуры или ее эквивалента, а также последующую работу с применением того или иного метода под супервизией опытных специалистов.

Выбор места проведения лечения

Как правило, лечение ПТСР проходит амбулаторно в психиатрических или психологических клиниках или консультативных центрах. Однако может потребоваться стационарное лечение в случаях, когда пациент демонстрирует значительные тенденции суицидального поведения или когда имеют место тяжелые коморбидные расстройства (например, психотические эпизоды или тяжелые пограничные личностные расстройства). Выбор места лечения должен осуществляться на начальной стадии диагностики. Тщательное отслеживание состояния пациента в ходе лечения позволяет изменить место проведения лечения.

Проведение лечения

Для того, чтобы определить наличие ПТСР и то, что его симптомы являются доминирующей проблемой для пациента, лечению должно предшествовать тщательное диагностирование. Когда диагноз определен, независимо от выбранного лечения терапевт должен организовать профессиональную атмосферу, в которой будет проходить лечение. Во-первых, врач должен формировать и укреплять терапевтический альянс. Особое внимание должно быть уделено вопросам доверия и безопасности. Многие индивиды с ПТСР утрачивают способность доверять окружающим, особенно если травма имела межличностные аспекты (например, нападение, сексуальное насилие). Другие пациенты имеют проблемы в распознавании и соблюдении личностных границ при вступлении в терапевтические отношения. Следовательно, на первой стадии терапии внимание должно уделяться именно этим деликатным моментам, и у пациента должна появиться уверенность, что его благополучие является приоритетным в терапевтическом отношении. Во-вторых, во время планирования лечения терапевт должен проявлять заботу о физической безопасности пациента, например, оценивать безопасность мест, выбранных

для упражнений на «погружение» или проверять безопасность женщины, недавно прекратившей оскорбляющие ее отношения. В-третьих, врач должен предоставить информацию относительно симптомов ПТСР и сопутствующих проблем. В-четвертых, симптомы ПТСР и общее функционирование пациента должны время от времени отслеживаться. В-пятых, сопутствующие расстройства должны быть идентифицированы и подвергнуты воздействию. При необходимости важно работать вместе с другими клиницистами, с родственниками пациента или со значимыми для него людьми. Многим пациентам с ПТСР требуются надежные и устойчивые терапевтические взаимоотношения, потому что их симптомы полностью не излечены и могут возобновиться как реакции на годовщину или в связи с напоминаниями о травме. По этим причинам пациента важно уверить в том, что еще долгое время после завершения терапии он может обращаться к терапевту, если это будет необходимо. Наконец, у пациентов с ПТСР может случиться жизненный кризис, и они могут периодически нуждаться в поддержке терапевта. Кризисы, появляющиеся во время терапии, должны иметь для пациента четкое объяснение. Для некоторых пациентов продвижения и паузы в ходе лечения могут быть единственным способом участия в терапии. Признание этого и расчет на это в разработке плана лечения могут предотвратить проблемы во время интенсивных фаз терапии. Дополнительные условия лечения представлены в главе 27.

Сопrotивление лечению

Несмотря на прогресс, достигнутый в лечении ПТСР, многие пациенты не извлекают пользы из первых фаз терапии. Феномен сопротивления лечению был особенно отмечен у ветеранов Вьетнамской войны, проходящих терапию в Соединенных Штатах; в терапии других индивидов, подвергшихся травме, есть также доля неудач. Создается впечатление, что пациенты с распространяющейся дисфункцией и/или большим количеством сопутствующих заболеваний особенно резистентны к первичной терапии. Таким пациентам подходят программы, включающие множество модальностей лечения, таких, как медикаментозное лечение, психотерапия, семейная и реабилитационная терапия.

Готовность к лечению

Несколько факторов удерживает переживших травму индивидов с острым ПТСР от обращения за помощью: они могут считать, что симптомы со временем пройдут; чувствовать, что им ничто не может помочь, либо они могут испытывать чувство стыда за некоторые элементы их травматического опыта. Попытки предложить лечение на начальной стадии часто безуспешны. Даже когда ПТСР становится хроническим, многие не обращаются за помощью или

обращаются по поводу сопутствующих симптомов, например, депрессии. После диагностики заболевания ключевым шагом в подготовке пациента к лечению ПТСР является информирование его о заболевании и о его распространенности среди людей, переживших травму. Некоторые пациенты не хотят лечиться потому, что рассматривают симптомы ПТСР как личную неудачу. Для многих пациентов снижение выраженности симптомов ведет к немедленному облегчению и помогает преодолеть сопротивление продолжению лечения.

Некоторые пациенты отказываются от лечения потому, что это повлечет за собой обсуждение травматического события во время диагностики или терапии. Врач должен поощрять пациентов к выражению своих опасений и быть чутким к дистрессу, который переживают последние во время обсуждения или подробного изложения своего травматического опыта, с тем, чтобы их беспокойство было проработано на первой стадии терапии.

ДОСТОВЕРНОСТЬ ВОСПОМИНАНИЙ О ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕМ СОБЫТИИ

Диагноз ПТСР может быть поставлен только в том случае, если индивид пережил травматическое событие. Лечение ПТСР обычно включает в себя переработку этого события, его значения и последствий. Все методы, представленные в руководстве, предполагают, что человек действительно перенес воздействие достоверного и реального травматического события. Эти методы непригодны для воспроизведения бессознательных воспоминаний о прошлых травматических событиях.

Специальная комиссия признает, что воспоминания о травматических событиях иногда не раскрываются или забываются теми, кто хочет пройти терапию. Однако ввиду недостатка научной доказанности Специальная комиссия *не* разделяет позицию, согласно которой наличие некоторых симптомов ПТСР (например, эмоционального оцепенения, проблем с концентрацией внимания и т. д.) является четким подтверждением того, что пациент пережил травму. Поэтому Специальная комиссия не считает данное руководство применимым для лечения тех случаев, когда нельзя установить реальность травматических воспоминаний.

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ РУКОВОДСТВОМ

Данное руководство обобщает современные достижения в лечении ПТСР и информирует специалистов по психическому здоровью о работе с пациентами, страдающими ПТСР. Оно начинается со стадии диагностики ПТСР

в соответствии с критериями DSM-IV. Предполагается, что пациент обследуется также по поводу коморбидных расстройств. Руководство включает способы лечения с разным уровнем доказанности их эффективности, обозначенной вышеописанной системой кодов и выводами по каждому терапевтическому подходу.

Клиницистам рекомендуется использовать те методы лечения, эффективность которых была проверена. Однако важно помнить, что некоторые подходы, доказавшие свою эффективность (например, медикаментозное лечение, когнитивно-поведенческая терапия) также доступны. Кроме того, многие подходы, которые не были оценены в хорошо контролируемых исследованиях, широко используются и, следовательно, имеют многочисленные клинические подтверждения своей эффективности. В таких случаях проявляется разница между клиническим опытом и теоретическим знанием. Не весь спектр психотерапевтических методов был подвергнут проверке с помощью рандомизированных, контролируемых клинических испытаний. Опытные и чуткие клиницисты часто имеют больше шансов определить характер и время специфических психологических и психофармакологических интервенций.

Мы признаем, что не все подходы эффективны. Даже применение лучших подходов из предложенных может при определенных обстоятельствах быть безуспешным. Клиницистам предлагается систематически оценивать пациентов, не реагирующих на интервенции, чтобы определить неизвестные или неопределенные условия, которые могут быть ответственны за отсутствие результата. Определение факторов, оказывающих негативное влияние, и их учет при планировании дальнейшего лечения может помочь клиницисту в понимании причин отрицательных результатов лечения. Известно, что некоторые методы терапии ПТСР имеют эмпирическую поддержку, врач может последовательно применять их для оптимизации успеха лечения.

Наконец, при выборе метода лечения необходимо учитывать особенности клинической картины расстройства данного пациента (например, наличие коморбидных расстройств или предпочтения пациента), а также эффективность модальности лечения. За последние 20 лет многое стало известно о лечении ПТСР, но многое еще остается неизвестным. Клиницистам рекомендуется включать в свою практику подходы, доказавшие свою эффективность. Таким образом, здоровье общества будет улучшаться. Это и составляет цель ISTSS и создания данного руководства.

Диагноз и оценка

Теренс М. Кин, Фрэнк В. Ветерс и Эдна Б. Фoa

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это психическое состояние, которое отражает развитие характерных симптомов, возникающих после переживания сильного стресса (Диагностическое и Статистическое Руководство по Психическим Расстройствам, 4-е изд., [DSM-IV]; Американская Психиатрическая Ассоциация, 1994). Эти симптомы включают повторяющееся воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и чувств, которые вызывают тяжелые эмоциональные переживания; постоянное избегание стимулов, связанных с травмой; оцепенение, блокировку эмоциональных реакций; совокупность постоянных симптомов возрастающего напряжения и возбуждения. Обычно это расстройство переживается более одного месяца и вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в профессиональной и социальной жизнедеятельности.

Индивид, которому поставлен данный диагноз, пережил травматическое событие, представляющее угрозу для жизни, и во время участия в этом событии он испытывал интенсивный страх, беспомощность или ужас. Если продолжительность симптомов менее трех месяцев, то ставится диагноз «острое ПТСР», если продолжительность симптомов превышает три месяца, то расстройство считается хроническим. Бывают ситуации, когда симптомы появляются через месяцы или даже годы после пережитой травмы. В этих случаях ставится диагноз «ПТСР с отсроченным началом».

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К счастью, большинство людей, переживших травму, со временем восстанавливаются. Однако у значительного меньшинства возникают симптомы ПТСР, и без необходимого лечения они могут привести к развитию серьезного и устойчивого психического расстройства. ПТСР характеризуется постоянным переживанием симптомов, которые включают (1) повторяющиеся и навязчивые воспоминания о 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, и (5) физиологическую реактивность на стимулы или ситуации, которые напоминают о событии.

Расстройство также предполагает симптомы избегания и эмоционального оцепенения. Они могут включать (1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров о событии; (2) усилия по избеганию деятельности, мест или людей, которые ассоциируются 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; и (7) чувство сокращенной жизненной перспективы, сопровождающееся значительным недостатком планирования будущего.

Завершают картину симптомы возбуждения, которые не наблюдались до травматического события. Это могут быть 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, и (5) гипертрофированная реакция на испуг.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

Результаты эпидемиологических исследований по распространенности переживаний травматических событий, проведенные в последнее время, изменили точку зрения, господствовавшую прежде, согласно которой травматические события считались редким исключением. Норрис (Norris, 1992) обследовал четыре области на юго-востоке Соединенных Штатов и обнаружил, что 69% взрослого населения сообщает о переживании одного или более травматических события за свою жизнь. Резник с соавт. (Resnick et al., 1993) также провели общенациональное исследование жертв преступности

среди женщин и обнаружили, что 69% из них были жертвами преступлений как минимум раз в жизни. Бреслау с соавт. (Breslau et al., 1991) обнаружили, что среди относительно молодых, образованных, имеющих страховку людей 39% когда-то переживали травмирующие события. Даже студенты колледжа имеют высокие баллы по переживанию травматических ситуаций. Врана и Лаутербах (Vrana, Lauterbach, 1994) обнаружили, что 84% старшекурсников в Мидвестернском университете имели травмы, а 33% пережили 4 или более травматических событий. Очевидно, что распространенность травматического опыта значительно выше, чем это ранее предполагалось экспертами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПТСР

К счастью, не у всех людей, переживших травму, развивается ПТСР. В исследовании Бреслау с соавт. (Breslau et al., 1991) показано, что приблизительно у 25% людей, переживших травматическое событие, впоследствии развивалось ПТСР, повлекшее примерно у 9% длительное заболевание. Норрис (Norris, 1992) обнаружил ПТСР на уровне 5%, в то время как Резник с коллегами сообщают о наличии ПТСР среди 9% женщин, у 12% из которых ПТСР был хроническим. Оценки всей популяции также показали высокий уровень ПТСР. В Национальном исследовании заболеваемости Кесслера с соавт. (Kessler et al., 1995) было обнаружено, что ПТСР в течение жизни наблюдается у 8% взрослого населения. Распространенность ПТСР среди детей еще не была должным образом эмпирически проверена; в этой области необходимы дополнительные исследования.

ПТСР имеет более высокие показатели в так называемых «группах риска». Общенациональное исследование проблем реадaptации вьетнамских ветеранов, осуществленное усилиями эпидемиологов, и первая в мире попытка понять психологическую цену, которую платят за войну сами солдаты, обнаружило, что у 30 % из 3,1 миллиона ветеранов войны во Вьетнаме через некоторое время после войны развивается ПТСР. 15% из них все еще страдают ПТСР, несмотря на то, что после окончания войны прошло 15 лет.

Сходным образом находятся в группе риска развития ПТСР индивиды, пережившие насилие. Национальное исследование женщин, проведенное Килпатриком с соавт. (Kilpatrick et al., 1992) обнаружило, что 13% американок в течение жизни подвергались сексуальному насилию. Почти у одной трети из них в результате развилось ПТСР. В этом исследовании приведены ошеломляюще высокие показатели: среди американских женщин 4% страдают ПТСР, связанным с сексуальным насилием.

Стихийные бедствия также индуцируют высокие показатели ПТСР. Грин с соавт. (Green et al., 1992) изучали последствия прорыва плотины на Буффа-

ло Грик в Восточной Вирджинии. Они обнаружили, что ПТСР после этого события зарегистрировано у 59% людей и у 25% ПТСР наблюдалось спустя 14 лет после наводнения.

Очевидно, что опыт переживания травматических событий распространен в Соединенных Штатах, и кажется, что распространенность ПТСР среди населения высока. ПТСР также часто проявляется как злоупотребление химическими веществами, общая депрессия или социофобия. Таким образом, переживание травматических событий и ПТСР являются крупной проблемой для системы здравоохранения в развитых западных странах.

Большинство крупных, хорошо контролируемых исследований по распространенности травматического опыта и ПТСР проводилось в Соединенных Штатах. Многие исследователи высказывают точку зрения, что распространенность травматического опыта и ПТСР высока во многом из-за недостатка ресурсов по предотвращению несчастий и катастроф и смягчению их последствий (De Girolamo, McFarlane, 1996). Будущие исследования определяют, насколько верна такая точка зрения в развитых странах.

Согласно результатам нескольких эпидемиологических исследований, имеются тендерные различия по переживанию травм и развитию ПТСР. Национальное исследование заболеваемости (National Comorbidity Survey) показало, что мужчины более часто (60%) подвергаются воздействию травмирующих событий, чем женщины (50%). Однако женщины (12%) более склонны к развитию ПТСР, чем мужчины (6%). Такие данные могут показывать реальное тендерное различие относительно уязвимости ПТСР, которое, возможно, связано с биологическими, психологическими и социальными различиями. С другой стороны, здесь может проявляться прямая связь с типом травмирующих событий, которые обычно переживают мужчины и женщины. Например, для женщин в 10 раз выше вероятность пережить сексуальное насилие, а для мужчин в два раза более вероятны угрожающие несчастные случаи, нападения, аварии. Способность различных событий в различной степени индуцировать ПТСР начала систематически изучаться только сейчас. Эти исследования могут дать хорошую информацию о механизмах, связанных с тендерными различиями при переживании травматического опыта и ПТСР, наблюдаемых в настоящее время.

В недавнем исследовании на эту тему Бреслау и его коллеги (Breslau et al, 1998) обнаружили, что жертвы насильственных нападений (включая сексуальное насилие) имели самые высокие показатели ПТСР. Однако чаще всего является причиной ПТСР среди населения (31%) внезапная и неожиданная смерть близкого человека ввиду высокой распространенности такого вида травматического события (60%). Это исследование также обнаружило, что ПТСР 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). Это исследование также обнаружило расовые различия в развитии ПТСР, которые выражались в том, что население, не принадлежащее к белой расе, в два раза более подвержено развитию ПТСР, чем белое население, но эти данные требуют более детального изучения соответствующих механизмов.

ОЦЕНКА ПТСР

Итак, ПТСР имеет высокую распространенность. Все чаще и чаще специалисты отмечают, что в их клинической практике значительная часть пациентов переживала травмирующие события, по поводу которых они и обращаются за помощью. Кроме того, картина болезни большого количества пациентов осложнена ПТСР. Следовательно, клиники весьма заинтересованы в правильном диагностировании и оценке ПТСР. Очевидно, что оценка ПТСР проводится для различных целей, и специальной целью такого оценивания может быть определение необходимого терапевтического подхода. Целью врачей часто становится диагностическая работа, в том числе дифференциальная диагностика и планирование лечения. Они также могут привлекаться к судебно-медицинской экспертизе, при которой точность диагноза особенно важна. Исследователей может интересовать частота случаев событий, факторы риска и осложнения, связанные с ПТСР (как в эпидемиологических исследованиях). Кроме того, исследователи могут предъявлять высокие требования к точности диагностики при изучении биологических и психологических параметров расстройства, как при исследовании отдельных случаев. Каждая клиническая и исследовательская ситуация требует различных решений, зависящих от цели профессиональной оценки. По этой причине мы представляем общий обзор методов, по которому клиницисты могут оценить качество доступного им инструментария.

Психометрическая теория и принципы

Качество психологической оценки проверяется двумя характеристиками: надежностью и валидностью. Надежность — это постоянство воспроизведения тестовых баллов. Валидность — ясность или точность выводов, интерпретаций или решений, сделанных на основе оценок тестов или методик. Разработчики тестов время от времени проверяют их постоянство (тест-ре-тестовая надежность), согласованность оценок, полученных разными экспертами, или согласованность множества пунктов, составляющих данный тест (внутренняя согласованность). Надежность проверяется повторными измере-

ниями и определяется простым коэффициентом корреляции, значение которого может варьироваться от 0 до 1. Надежность дихотомических измерений, таких, как диагностические интервью (определяющие наличие или отсутствие заболевания), часто проверяется каппа-коэффициентом (Cohen, 1960), который также должен быть в пределах от 0 до 1 и интерпретируется как процент соглашения.

Измерения валидности включают содержательную валидность, которая представляет объем, в котором тест выявляет полноту симптомов состояния. Чем лучше определен объем целевых симптомов, тем лучше содержательная валидность. Если исследование заболевания прогнозирует нечто интересное или важное, например, реакции на интервенции, то говорится, что оно имеет хорошую критериальную валидность. Наконец, если измерение коррелирует с другими измерениями того же заболевания, то отмечается, что у него хорошая конструктивная валидность.

Диагностические методики в области психического здоровья часто оцениваются на основе их диагностической значимости, типа критериальной валидности, относящейся к возможности теста прогнозировать диагностический статус (Kraemer, 1992). Существует три шага в определении диагностической значимости данной методики. Во-первых, выбирается «золотой стандарт». В психологических исследованиях это обычно диагноз, основанный на клиническом интервью, но он также может быть получен на основании нескольких источников информации. Во-вторых, и золотые стандарты, и вновь разработанные тесты применяются к экспериментальной группе участников. Затем разброс полученных баллов проверяется для определения его диагностической значимости, нормы, или, другими словами, его способность прогнозировать диагноз, определенный золотым стандартом. Оптимальные оценки нормы для теста — это те, которые могут прогнозировать наибольшее количество случаев с диагнозом или без диагноза для первоначальной выборки.

Все методики измерения психических расстройств несовершенны (Gerardi et al, 1989). Существует два основных измерения ошибки, содержащейся в тесте, одно — ошибочно позитивное, а другое — ошибочно негативное. Ошибочно позитивное измерение возникает в случае, когда оценки пациента выше нормы, но в действительности он не является больным. Ошибочно негативное измерение возникает в случае, когда пациент набирает оценки ниже заданной нормы, а в действительности он болен. Диагностическая значимость часто описывается в терминах чувствительности и специфичности теста. Именно эти измерения принимают во внимание ошибки, сделанные в прогнозе. Чувствительность — это измерение истинности позитивных оценок, или вероятность того, что люди, имеющие данное расстройство, получают оценки выше, чем заданные оценки нормы. Специфичность — это истинные

негативные оценки теста, или вероятность того, что люди, не имеющие данного расстройства, получают баллы ниже заданной критической оценки. Сензитивность является низкой, если тест дает слишком много ошибочно негативных измерений, в то время как специфичность является низкой, если тест дает слишком много ошибочно позитивных измерений.

Выбор тестов из диагностического инструментария должен включать проверку клиницистом соответствия получаемых данных их психометрическим свойствам с помощью этого инструментария. Проверка показателей ошибочно позитивных и ошибочно негативных измерений, сензитивности и специфичности, также покажет клиницисту, как работает тест. Выводы клинического оценивания будут более точными, если будут учитываться эти ограничения.

Структурированные диагностические интервью

В клинических исследованиях существует стандартная практика применения структурированного диагностического интервью для того, чтобы убедиться, что детально учтены все симптомы ПТСР. Диагностические интервью сочетают преимущества точных рекомендаций по выяснению того или иного диагноза и метода интервью, обладающего конкретными психометрическими свойствами (т. е. надежностью и валидностью). Использование структурированного диагностического интервью менее распространено, исключение составляет судебно-медицинская экспертиза, при которой применение данного метода очень рекомендуется (Keane, 1995). Однако применение диагностических интервью в клинической практике может повысить точность диагноза и улучшить планирование лечения (Lits, Weathers, 1994). Использование диагностических интервью, покрывающих широкий спектр наиболее часто встречающихся диагнозов, помогает клиницисту, обеспечивая не только оценку целевого диагноза, но и наличия сопутствующих заболеваний (Keane, Wolfe, 1990; Weiss, Marmar, 1997). Далее представлены некоторые из доступных диагностических интервью и их психометрические характеристики.

Структурированное клиническое интервью для DSM

Структурированное клиническое интервью для DSM (Structured Clinical Interview for DSM, SCID) — наиболее часто используемое интервью для определения I и II Осей психических расстройств. Оно состоит из отдельных модулей для наиболее распространенных диагностических категорий. Хотя проведение полного SCID — процесс трудоемкий, он может обеспечить получение информации по широкому кругу клинических состояний. В большинстве случаев клинической практики SCID применяется для оценки

только тех состояний, которые наиболее часто встречаются. Это экономично в смысле времени и, кроме того, обеспечивает проверку ключевых параметров состояния. При клинической работе с травмами рекомендуется применение модулей тревожного расстройства, аффективного расстройства, модуль злоупотребления химическими веществами, а также психотических расстройств. Это обеспечивает всестороннюю проверку сопутствующих ПТСР состояний, а также систематическую проверку наличия признаков шизофрении, которые требуют лечения другого рода.

Модуль ПТСР в SCID является клинически чувствительным и надежным. Кин с коллегами (Keane et al, 1998) проверил надежность параллельных форм SCID, попросив второго интервьюера слушать аудиозаписи первого интервью. Они обнаружили каппа = 0,68 и согласованность среди поставленных диагнозов текущего ПТСР, ПТСР в прошлом и отсутствия ПТСР в 78 % случаев. Аналогично в выборке пациентов, с которыми было проведено повторное интервью через неделю другим врачом, был обнаружен каппа = 0,66 и диагностическая согласованность 78 %.

Ограничение SCID состоит в том, что оно предоставляет только дихотомический рейтинг симптома (его наличие или отсутствие), что ставит клинициста в ситуацию жесткого выбора. Большинство клиницистов согласны с тем, что психологические симптомы выражаются в пространственной, а не дихотомической форме, так что SCID ограничен алгоритмом подсчета наличия-отсутствия симптома. В результате этого ограничения в данной области могут возникать некоторые искажения.

Перечень вопросов для интервью по диагностике тревожных расстройств (пересмотренный)

Перечень вопросов для интервью по диагностике тревожных расстройств (Anxiety Disorders Interview Schedule — Revised, ADIS-R) разработан ДиНардо и Барлоу (DiNardo, Barlow, 1998) и представляет собой структурированное Диагностическое интервью, направленное в первую очередь на выявление тревожных и аффективных расстройств. В ADIS-R используется процедура шкалирования Ликерта, и поэтому результаты можно анализировать множеством способов, поскольку определяется степень наличия или отсутствия симптома. Оценка психометрических свойств модулей ADIS-R-ПТСР двумя исследованиями дает смешанные результаты. В первом исследовании небольшая группа ветеранов военных действий была оценена двумя независимыми интервьюерами. Бланчард с соавт. (Blanchard et al., 1986) обнаружили отличную сензитивность (1,0) и специфичность (0,91). Результаты исследования о°Щей популяции были менее впечатляющими, показатели эффективности были менее стабильными (DiNardo et al., 1993).

2*

ПТСР-интервью

ПТСР-интервью Ватсона с соавт. (Watson et al., 1991) предоставляет возможность получить и дихотомические, и континуальные оценки. Авторы сообщают о высокой тест-ретестовой надежности (0,95) и внутренней согласованности ($\alpha=0,92$), а также о высокой чувствительности (0,89), специфичности (0,94) и каппа (0,82) по сравнению с Программой диагностического интервью (Robins et al, 1981).

ПТСР-интервью имеет высокие психометрические характеристики, но отличается по формату проведения от большинства других структурированных диагностических клинических интервью. При его проведении пациенты читают шкалу вместе с интервьюером и пациентов просят дать клиницисту ответы по шкале Ликерта по каждому из симптомов. Этот формат имеет много общего с опросниками для самозаполнения, но отличается от других диагностических шкал тем, что не позволяет клиницисту самому производить оценку, опираясь на свои опыт и знания.

Структурированное интервью для ПТСР

Структурированное интервью для ПТСР (Structured Interview for PTSD, SI-PTSD) было разработано Дэвидсоном, Смитом и Кудлером (Davidson, Smith, Kudler, 1989). Как и ПТСР-интервью, SI-PTSD позволяет получить и дихотомические, и континуальные измерения симптомов ПТСР. Это интервью является полезным инструментом для диагностирования ПТСР и определения тяжести симптомов. Симптомы ранжируются врачом по шкале Ликерта из пяти пунктов, и клиницист отмечает тяжесть каждого симптома. Интервью включает начальные пробные вопросы и дополнительные последующие вопросы для обеспечения более глубокого понимания симптомов пациента. В исследовании ветеранов военных действий авторы обнаружили чувствительность 0,96 и специфичность 0,8, что считается качественными показателями.

Клиническая шкала для диагностики ПТСР

Клиническая шкала для диагностики ПТСР (Clinician-Administered PTSD Scale, PTSD), разработанная Национальным Центром ПТСР в Бостоне, CAPS была создана для использования подготовленными, опытными клиницистами (Blake et al., 1990). CAPS состоит из 30 пунктов и оценивает все 17 симптомов ПТСР, а также набор дополнительных характеристик, часто наблюдаемых при этом расстройстве. В CAPS также содержится оценка социальной и профессиональной жизнедеятельности и оценка валидности ответов пациента. Как ПТСР-интервью и SI-PTSD, CAPS предоставляет возможность получить

и дихотомичные, и континуальные результаты. Уникальной особенностью CAPS является то, что она содержит отдельные оценки частоты и интенсивности каждого симптома и обладает уже сформулированными вариантами вопросов о поведении человека и шкалами оценки. Интервьюерам рекомендуют задавать собственные вопросы и использовать собственные клинические заключения для установления более точной оценки.

Если интервью проводится полностью (т. е. включает все вопросы, касающиеся дополнительных особенностей, нарушения различных сфер жизнедеятельности, оценки валидности), то для заполнения CAPS нужно примерно 1 час. Если оцениваются только диагностические симптомы, времени нужно вдвое меньше.

Психометрические данные, предоставляемые CAPS, демонстрируют необычайно высокие возможности идентификации случаев с диагнозом ПТСР и без него. Вэзерсом с соавт. (Weathers et al., 1992) было обнаружено, что обследование тремя клиницистами 60 мужчин-ветеранов показало тест-ретестовую корреляцию 0,90-0,98. Содержательная валидность также была очень высока; $\alpha = 0,94$ по трем основным кластерам симптомов. Корреляции с остальными установленными измерениями ПТСР показывали очевидность конструктивной валидности CAPS. Корреляция CAPS с Мисси-сипской шкалой была 0,91, со шкалой ПТСР Кина MMPI-2 = 0,77, и 0,89 со шкалой симптомов SCID-ПТСР. Корреляции с измерениями антисоциального личностного расстройства были низкими, как и предполагалось в исследовании, план которого учитывал разные параметры и методы лечения.

При использовании CAPS для повторного измерения было обнаружено 84% сензитивности, 95% специфичности, 89% эффективности и $\kappa = 0,78$ по сравнению с SCID. При применении CAPS в качестве диагностического метода был обнаружен $\kappa = 0,72$ по сравнению с диагнозом по SCID. Эти данные доказывают, что CAPS является качественным измерительным методом для ПТСР с отличными психометрическими характеристиками. Совпадение значений параметров CAPS у переживших авткатастрофы мужчин и женщин (Blanchard et al., 1999) и у пациентов обоих полов с серьезными психическими заболеваниями показали возможность применения CAPS для различных популяций, рас и полов. Недавние публикации подробно объяснили девять различных алгоритмов подсчета данных, полученных с помощью CAPS, их влияние на коэффициенты точности, надежности и валидности (Weathers et al., 1999).

Интервью по диагностике ПТСР

Разработанное Фoa с соавт. (Foa et al, 1993) PSS-I (PTSD Symptom Scale Interview) обладает многими достоинствами, которые позволяют успешно Применять его в клинической и исследовательской практике. PSS-I состоит

из 17 вопросов, направленных на диагностику симптомов ПТСР по DSM, и использует шкалу Ликерта для оценки каждого из симптомов. Данные могут быть подсчитаны и как континуальное измерение симптомов ПТСР, и как дихотомическое. Для проведения интервью требуется примерно 20 минут. Проведя интервью по этому методу с 118 женщинами, пережившими сексуальное насилие, Фoa с коллегами (Foa et al., 1993) обнаружили высокую надежность параллельных форм, диагностическую сензитивность — 0,88 и специфичность — 0,96. Тест-ретестовая надежность, проверенная через месяц, также была высокой.

Преимуществами PSS-I являются его относительная краткость, многообещающие психометрические свойства и использование шкалы Ликерта, которое обеспечивает и непрерывную, и дихотомическую процедуру подсчета. Кроме того, оно разработано и валидизировано на людях, переживших сексуальное насилие, что представляет большой клинический интерес и значимость.

Самоотчеты или тестовые методики

Несколько методик самоотчета были разработаны в качестве экономичного по времени и эффективного метода для получения информации по симптоматике ПТСР. Эти методики получили широкое применение и признание благодаря простоте использования и подсчета, они хорошо дополняют структурированные диагностические инструменты. Они также незаменимы при скрининге симптомов ПТСР и наиболее часто используются при повторной диагностике ПТСР, но специальные оценки допустимых значений нормы могут быть использованы и для постановки диагноза ПТСР.

Шкала оценки влияния травматического события (переработанная, IE5-R)

IES (Impact of Event Scale) была первоначально разработана Горовицем с соавт. (Horowitz et al., 1979), а затем переработана Вэйссом и Мармаром (Weiss, Marmar, 1997), которые добавили субшкалу гипервозбуждения в соответствии с критерием D для ПТСР. Первоначальный вариант опросника, содержащий только субшкалы вторжения и избегания/оцепенения, нуждался в обновлении для более полного соответствия диагностической картине. Ввиду того, что авторы приводят некоторые предварительные данные, необходимо получить больше информации о надежности и валидности обновленной версии. Как наиболее часто используемая для измерений ПТСР первоначальная IES обладала хорошими психометрическими свойствами. Подобные исследования психометрических свойств обновленной шкалы должны обеспечить ее дальнейшее применение в клинической и исследовательской практике.

*Миссисипская шкала ПТСР
для участников боевых действий*

Миссисипская шкала для участников боевых действий (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) (Keane et al., 1988) состоит из 35 пунктов и разработана для измерения ПТСР. Эти пункты были выбраны из 200 пунктов первоначального набора, разработанного экспертами в соответствии с критериями расстройства по DSM-III. Миссисипская шкала имеет отличные психометрические характеристики: $\alpha = 0,94$, тест-ретестовая надежность 0,97 после недельного интервала. Применение порогового значения в 107 баллов показало, что Миссисипская шкала обладает высокой сензитивностью (0,93) и специфичностью (0,89).

Эти результаты были воспроизведены в независимой лаборатории Мак-фоллом с соавт. (McFall et al., 1990a), которые обнаружили, что Миссисипская шкала имеет высокую корреляцию с модулем SCID-ПТСР. Эти данные свидетельствуют о том, что Миссисипская шкала, широко используемая в клинической и исследовательской практике, является ценным инструментом самоотчета.

Шкала ПТСР Кина ММПИ-2

Первоначально выведенная из Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММПИ) Форма R, Шкала Кина (Keane PTSD Scale of the MMPI-2) для ПТСР (ПК) сейчас содержит 46 пунктов, эмпирически выведенных из ММПИ-2 (Keane et al., 1984; Lyons, Keane, 1990). В первоначальной комментарии к шкале оговаривалось, что ПК правильно диагностировала 82% из 200 испытуемых, принимавших участие в исследовании. Последующие исследования подтвердили эти данные на участниках боевых действий (Watson et al., 1986). В показателях надежности Грэхэм (Graham, 1990) обнаружил, что ПК имеет высокую внутреннюю согласованность (0,85-0,87) и тест-ретестовую надежность (0,86-0,89). Хотя только несколько исследований было проведено не на участниках боевых действий, полученные данные многообещающи (Koretzky, Peck, 1990). В этой области необходимы дополнительные исследования, особенно в юридической психологии, в которой ММПИ-2 часто используется благодаря высоким показателям валидности.

Пенсильванский опросник посттравматического стресса

Пенсильванский опросник (Penn Inventory for Posttraumatic Stress) был разработан Хэммербергом (Hammerberg, 1992) и содержит 26 пунктов. Его психометрические характеристики проверялись на людях, переживших Множественные травмы, и его специфичность сравнима со специфичностью

Миссисиппской шкалы, а чувствительность немного ниже. Он в первую очередь применялся на выборках пациентов-мужчин, жертв несчастных случаев, ветеранов и психиатрических пациентов.

Шкала посттравматической диагностики

Опросник (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTDS), разработанный Фoa с соавт. (Foa et al., 1997), основан на определении симптомов ПТСР по DSM-IV и содержит 17 вопросов. PTDS предваряют 12 вопросов, направленных на выяснение типа травматических событий, пережитых индивидом. Затем пациентов спрашивают, какое из пережитых событий за последний месяц их больше беспокоило. Далее пациенты дают оценки своим реакциям на событие в то время, когда оно произошло, чтобы определить, соответствует ли событие критерию A1 или A2.

Затем пациенты отмечают по 4-значной шкале *частоту* проявления каждого из 17 симптомов ПТСР за последние 30 дней. В последнем разделе шкалы пациента просят самому оценить ухудшения в девяти областях жизнедеятельности. Эта шкала была валидизирована на нескольких выборках, включавших ветеранов войн, жертв несчастных случаев, переживших нападения и травмы другого рода.

Психометрический анализ показал высочайший уровень показателей. Показатель внутренней согласованности $\alpha = 0,92$ в целом; тест-ретестовая надежность с двух- или трехнедельным интервалом была также высокой ($\kappa = 0,74$). Для тяжести симптомов тест-ретестовая корреляция была 0,83. По сравнению с диагностикой ПТСР по SCID — согласованность $\kappa = 0,65$ была равна 82%; чувствительность теста была равна 0,89, а специфичность — 0,75. Очевидно, что эта шкала самоотчета показала хорошие результаты, сравнимые с оценками, полученными с помощью SCID. Этот полезный метод самоотчета служит для скрининга и диагностики симптомов ПТСР.

Опросник симптомов ПТСР

PCL (PTSD Checklist) был также разработан исследователями Национального центра ПТСР в Бостоне; он существует в двух версиях: одна для гражданских лиц, другая для военных. Шкала содержит 17 пунктов, содержащих диагностические критерии по DSM, оцениваемые по 5-балльной шкале Ликерта. Вэзерс с соавт. (Weathers et al., 1993) проверяли психометрические характеристики этой шкалы и обнаружили высокую внутреннюю согласованность ($\alpha = 0,97$), отличную тест-ретестовую надежность, проверенную через 2-3 дня (0,96), и высокую корреляцию с другими измерениями ПТСР: 0,93 с Миссисиппской шкалой, 0,77 со шкалой РК и 0,90 с IES-R. Бланчард с соавт.

(Blanchard et al., 1996) использовали PCL для исследования людей, переживших авткатастрофы, и обнаружили корреляцию с CAPS 0,93, ее общая диагностическая эффективность по сравнению с CAPS была 0,90. Характеристики PCL при применении к другим популяциям на данный момент не опубликованы.

Лос-анджелесский опросник симптомов

LASC (Los Angeles Symptom Checklist) состоит из 43 пунктов, оцениваемых по шкале Ликерта. Этот опросник широко применялся в исследованиях различных популяций (мужчины и женщины, взрослые и подростки, пережившие различные виды травм). Кинг с соавт. (King et al., 1995) проверяли психометрические характеристики LASC и обнаружили, что он обладает высокой внутренней согласованностью ($\alpha = \{0,88; 0,95\}$); тест-ретестовая надежность через двухнедельный интервал составляет 0,90-0,94. К ее достоинствам относится многообразие способов подсчета (континуальный или дихотомичный) и включение ряда сопутствующих характеристик, признаков дистресса и функциональных проблем. Используя только индекс ПТСР из 17 пунктов, Кинг с коллегами (King et al., 1995) обнаружили чувствительность 0,74, специфичность 0,77 и общую корреляцию по сравнению со SCID 76%.

Использование этих опросников во многих областях клинической и исследовательской практики хорошо согласуется с существующими данными. Очевидно, что они могут успешно применяться для измерения симптомов ПТСР в тех случаях, когда применение структурированного диагностического интервью неосуществимо или непрактично. Многие измерения взаимозаменяемы, так как полученные данные стабильны за исключением некоторых вариаций в используемых методах и подходах. Выбирая конкретный инструмент, врачу рекомендуется проверять имеющиеся данные для этого инструмента по данной выборке. В таком случае клиницист максимизирует точность и эффективность применяемого теста.

Психофизиологические измерения

За последние 10 лет сильно возросло количество исследований биологических основ ПТСР. Данные свидетельствуют о том, что ПТСР изменяет широкий спектр физиологических функций (Yehuda, 1997) и может оказывать влияние на структурные компоненты мозга (Bremner et al., 1995). "а данный момент эти факты не были подвергнуты строгой психометрической проверке для определения масштаба, в котором эти отклонения могут влиять на наличие или отсутствие ПТСР. Первое возражение на этот вывод Исходит из области психофизиологической реактивности, которая с самого

начала проверялась на диагностическую точность (см., напр.: Blanchard et al., 1982; Malloy et al., 1983; Pitman et al., 1987).

Данные четко показывают возможность психофизиологических индексов определять и классифицировать случаи ПТСР на основе аудио-, аудиовизуальных и образных сигналов. Измерялись частота пульса, кровяное давление, кожно-гальваническая реакция и электромиография (ЭМГ). Изучался широкий спектр случаев пациентов, переживших травмы, включая жертв автокатастроф, ветеранов военных действий и женщин, переживших сексуальное нападение и теракты. Возможно, крупнейшее исследование такого рода было проведено Кином с коллегами (Keane et al., 1998). Они изучали реакции 1000 ветеранов на аудиовизуальные и образные сигналы военной тематики. Результаты подтвердили элементы растущего психофизиологического возбуждения и реактивности участников, более чем 2/3 которых был правильно поставлен диагноз ПТСР или зарегистрировано его отсутствие.

Очевидно, что психофизиологическая оценка является весьма дорогостоящей и требует очень больших затрат времени и сил пациента. Но в особо важных случаях такой вид оценки может быть полезен для применения в клинических условиях (см.: Prins et al., 1995). Широкое применение этого метода не приветствуется из-за дороговизны требуемой экспертизы и успешности других, доступных, экономичных методов оценки, таких, как диагностические интервью и психологические тесты.

РЕКОМЕНДАЦИИ NIMH - КОНФЕРЕНЦИИ

НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПТСР

ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

В ноябре 1995 г. 45 клиницистов и исследователей со всего мира встретились в Бостоне, штат Массачусетс, на сессии в связи с ежегодной встречей Международного Общества по Изучению Травматического Стресса для обсуждения и дискуссии, посвященных различным подходам при оценке ПТСР (Keane et al., 1996). В то время как задачей комитета было руководство проведением клинического исследования в этой области, их рекомендации имели отношение к разработке стандартов оценки ПТСР множеством различных способов и для различных целей. Участники конференции достигли согласия по нескольким параметрам оценки, описанным ниже:

1) Клинические структурированные диагностические интервью обеспечивают достоверную клиническую информацию. Клиницисты должны оценивать качество интервью, руководствуясь психометрическими характеристиками надежности, валидности и клинической значимости.

- 2) Предпочтительны структурированные диагностические интервью, обеспечивающие и дихотомическое, и континуальное оценивание симптомов ПТСР.
- 3) Симптомы должны оцениваться по следующим параметрам: частота, интенсивность и продолжительность конкретного эпизода. Важно также определять уровень дистресса, основываясь на описании пациентом проявлений собственных симптомов.
- 4) Оценки нарушения и дезадаптации, вторичные по отношению к наличию симптомов, предоставляют важную информацию о тяжести состояния пациента.
- 5) Измерения, оценивающие оба компонента травматического события (A1 и A2), являются первичными и даже важнейшими.
- 6) Предпочтение следует отдавать методам, проверенным на характеристики надежности, валидности и применимости к различным тендерным, расовым и этническим группам, особенно в случаях, когда этот метод применяется для обследования мужчин и женщин, принадлежащих к различным культурам и расам.
- 7) Методы оценки ПТСР, основанные на самоотчете пациентов, должны отвечать «Стандартам образовательных и психологических тестов» (1986), установленным Американской психологической ассоциацией.
- 8) При проверке наличия травматических событий в биографии человека, комитет «рекомендует задать ряд тщательно сформулированных вопросов, охватывающих минимальный круг возможных травматических ситуаций». Затем «должны быть заданы всесторонние вопросы об обстоятельствах события, в которых человек испытал угрозу для жизни, нанесенном вреде, физических повреждениях; частоте таких событий, их длительности и возрасте пациента в момент травмирования». События, идентифицированные как основные для рассмотрения, — это воздействие боевых стрессоров, сексуальное насилие во взрослом возрасте и в детстве, ограбления, несчастные случаи, технологические или природные катастрофы и бедствия, внезапная смерть близких людей, угрожающие жизни заболевания, присутствие при насилии, совершенном над другими людьми или переживание насильственных действий по отношению к себе.
- 9) Комитет также считает, что должны тщательно изучаться коморбид-ные расстройства, так как успех лечения может варьировать в зависимости от наличия дополнительных психологических состояний. Комитет рекомендует полную оценку оси I с применением структурированных диагностических интервью, таких, как SCID или подобных ему по возможностям или эффективности.
- 10) Наконец, комитетом рекомендовано: «При оценке стрессоров должна °сторожно использоваться терминология, связанная с поведением; необходимо

избегать таких специальных слов, как злоупотребление, насилие и др., которые по своему внутреннему содержанию неточны и могут по-разному восприниматься в разных культурах».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тема оценки травматических событий и ПТСР вызывает растущий интерес и озабоченность специалистов (Wilson, Keane, 1997). С тех пор как ПТСР было включено в диагностическую номенклатуру Американской Психиатрической Ассоциации, произошел значительный прогресс в понимании психологических последствий травматического опыта. Развивались концептуальные модели оценивания ПТСР (Keane et al., 1987; Sutker et al., 1991), были разработаны психологические тесты (Foa et al., 1997; Norris, Riad, 1997), валидизированы диагностические интервью (Davidson et al., 1989; Foa et al., 1993; Weasers et al., 1992), были созданы дополнительные шкалы к существующим тестам для оценки ПТСР (например, MMPI-2; Keane et al., 1984; Опросник психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R: Saunders et al., 1990). Мы можем справедливо заключить, что способы оценки ПТСР соответствуют уровню оценки других заболеваний по DSM. Было разработано множество инструментов, необходимых клиницистам. Информация об этих инструментах выходит за рамки настоящей работы.

Очевидно, что оценка ПТСР в клинических условиях фокусируется не только на наличии, отсутствии или тяжести ПТСР. Всесторонняя стратегия оценивания направлена на сбор информации о семейной истории индивида, жизненном контексте, симптомах, убеждениях, сильных и слабых сторонах, системе поддержки и способностях к совладанию с заболеванием. Это поможет в разработке для пациента эффективного лечебного плана. Главной целью этого обзора была проверка качества различных инструментов, используемых в диагностике ПТСР. Читателю также должно быть понятно, что для всесторонней диагностики пациента необходимо учитывать уровень его социального и профессионального функционирования. Наконец, удовлетворяющая, достаточная оценка в первую очередь зависит от профессиональных навыков клинициста и навыков межличностного взаимодействия, поскольку многие темы, относящиеся к травме, пациенту очень трудно обсуждать с другими людьми.

Представленный обзор не охватывает всех инструментов, доступных для оценки ПТСР. Их гораздо больше. Целью обзора было обеспечить эвристическую структуру, которой клиницисты могли бы пользоваться при выборе метода для лечебных или исследовательских целей. С помощью тщательной проверки психометрических характеристик инструмента клиницист может принять взвешенное решение об использовании подходящего инструмента

в данном случае. Инструменты, которые были полностью проверены в исследованиях психометрической значимости получаемых с их помощью результатов (например, сензитивность, специфичность, коэффициент эффективности и т.д.), во многом помогают клиницистам при вынесении окончательного диагноза. Следовательно, разработка инструментов, проверенных на многочисленных популяциях травмированных людей разных полов, разных расовых, культуральных и возрастных групп, очень желательна. Их применимость к различным группам и популяциям является конечной целью исследований.

ЛИТЕРАТУРА

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

American Psychological Association. (1986). Standards for educational and psychological testing. Washington, DC: Author.

Blake D. D., Weathers F. W., Nagy L. M., Kaloupek D. G., Klauminzer G., Chamey D. S., Keane T. M. (1990). A clinical rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. Behavior Therapist, 18, 187-188.

Blanchard E. B., Gerardi R.J., Kolb L. C, Barlow D. H. (1986). The utility of the Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) in the diagnosis of the post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. Behavior Research and Therapy, 24, 577-580.

Blanchard E. B., Hickling E.J., Taylor A. E., Forneris C A., Loos W.Jaccard J. (1995). Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. Behaviour Research and Therapy, 33, 471-475.

Blanchard E. B., Jones-Alexander J., Buckley T. C, Forneris C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). Behaviour Research and Therapy, 34, 669-673.

Blanchard E. B., Kolb L. C, Pallmeyer T. P., Gerardi R.J. (1982). A psychophysiological study of post traumatic stress disorder in Vietnam veterans. Psychiatric Quarterly, 54, 220-229.

Bremner J. D., Randall P. K., Scott T. M., Bronen R. A., Seibyl J. P., Southwick S. M., Delaney R. C, McCarthy G., Charney D. S., Innis R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry, 152, 973-981.

Breslau N., Davis G. C, Andreski P., Peterson E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry, 4, 9, 216-222.

^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.

Lohen J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37-46.

- Davidson J., Smith R., Kudler H. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.
- De Girolamo G., McFarlane A. C. (1996). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. In A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder* (pp. 33-85). Washington, DC: American Psychological Association.
- DiNardo P. A., Barlow D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Scale-Revised*. Albany, NY: Center for Phobia and Anxiety Disorders.
- DiNardo P. A., Moras K., Barlow D. H., Rapee R. M., Brown T. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories: Using the Anxiety Disorders Interview Scale-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Foa E. B., Cashman L., Jaycox L., Perry K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa E. B., Riggs D. S., Dancu C V., Rothbaum B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.
- Gerardi R., Keane T. M., Penk W. E. (1989). Sensitivity and specificity in developing diagnostic tests of combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Clinical Psychology*, 45, 6-18.
- Graham J. R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Green B. L., Lindy J. D., Grace M. C, Leonard A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 760-766.
- Hammerberg M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment*, 4, 67-76.
- Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 209-218.
- Keane T. M. (1995). Guidelines for the forensic psychological assessment of PTSD claimants. In R. I. Simon (Ed.), *Post-traumatic stress disorder in litigation* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Keane T. M., Caddell J. M., Taylor K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Keane T. M., Kolb L. C, Kaloupek D. G., Orr S. P., Blanchard E. B., Thomas R. G., Hsieh E. W., Lavori P. W. (1998). Utility of psychophysiological measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914-923.
- Keane T. M., Malloy P. E., Fairbank J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888-891.

- Keane T. M., Solomon S., Maser J. (1996, November). MMH-National Center for PTSD assessment standardization conference. Paper presented at the 12th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, CA.
- Keane T. M., Wolfe J. (1990). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1776-1788.
- Keane T. M., Wolfe J., Taylor K.L. (1987). Posttraumatic stress disorder: Evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 32-43.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick D., Edmonds C N., Seymour A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victims Center.
- King L. A., King D. W., Leskin G., Foy D. W. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: A self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 2, 1-17.
- Koretzky M. B., Peck A. H. (1990). Validation and cross-validation of the PTSD subscale of the MMPI with civilian trauma victims. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 296-300.
- Kraemer H. C (1992). *Evaluating medical tests: Objective and quantitative guidelines*. Newbury Park, CA: Sage.
- Litz B. T., Weathers F. (1992). The diagnosis and assessment of post-traumatic stress disorder in adults. In M. B. Williams, J. F. Sommer (Eds.), *The handbook of post-traumatic therapy* (pp. 20-37). Westport, CT: Greenwood Press.
- Lyons J. A., Keane T. M. (1992). Keane PTSD Scale: MMPI and MMPI-2 update. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 111-117.
- Malloy P. E., Fairbank J. A., Keane T. M. (1983). Validation of a multimethod assessment of posttraumatic stress disorders in Vietnam veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 488-494.
- McFall M. E., Smith D. E., Mackay P. W., Tarver D.J. (1990a). Reliability and validity of Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Assessment*, 2, 114-121.
- McFall M. E., Smith D. E., Roszell D. K., Tarver D.J., Malas K. L. (1990b). Convergent validity of measures of PTSD in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 645-648.
- Mueser K. T., Salyers M., Rosenberg S. D., Ford J., Fox L., Auciello E. (1999). Reliability of trauma and PTSD assessments in persons with severe mental illness. Manuscript submitted for publication.
- Norris F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris F. H., Riad J. K. (1997). Standardized self-report measures of civilian trauma and posttraumatic stress disorder. In J. P. Wilson, T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 7-42). New York: Guilford Press.
- Pitman R. K., On S. P., Fogue D. E., de Jong J., Claiborn J. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44, 970-975.

- Prins A., Kaloupek D. G., Keane T. M.* (1995). Psychophysiological evidence for autonomic arousal and startle in traumatized adult populations. In M.J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Resnick H. S., Kilpatrick D. G., Dansky B. S., Saunders B. E., Best C. L.* (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Robins L. N., Helzer J. E., Croughan J. L., Ratcliff K. S.* (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Saunders B. E., Arata C. M., Kilpatrick D. G.* (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90 — Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439-448.
- Sutker P. B., Uddo M., Allain A. N.* (1991). Clinical and research assessment of post-traumatic stress disorder: A conceptual overview. *Psychological Assessment*, 3, 520-530.
- Vrana S., Lauterbach D.* (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Watson C., Juba M. P., Manifold V., Kucala T., Anderson P. E.* (1991). The PTSD Interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188.
- Watson C. G., Kucala T., Manifold V.* (1986). A cross-validation of the Keane and Penk MMPI scales as measures of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 727-732.
- Weathers F. W., Blake D. D., Krinsley K. E., Haddad W., Huska J. A., Keane T. M.* (1992, November). The Clinician-Administered PTSD Scale: Reliability and construct validity. Paper presented at 26th annual convention of the Association for Advancement Behavior Therapy, Boston, MA.
- Weathers F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., Keane T. M.* (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers F. W., Ruscio A., Keane T. M.* (1999). Psychometrics properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). *Psychological Assessment*, 11, 124-133.
- Weiss D. S., Marmar C. R.* (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. P. Wilson, T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-428). New York: Guilford Press.
- Wilson J. P., Keane T. M.* (Eds.). (1997). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.
- Yehuda R.* (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in PTSD. In R. Yehuda, A. McFarlane (Eds.), *Psychobiology of posttraumatic stress disorder* (pp. 57-75). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.

I
Подходы к лечению ПТСР: обзор литературы

Психологический дебрифинг

Джонатан И. Виссон, Александер С. Макфарлэйн,
Сюзанна Рос

Желание спасти и защитить тех, кто находится в опасности, — одно из наиболее сильных устремлений человека. Большинство работников сферы здравоохранения действительно хотят помогать людям. В отличие от многих других областей психиатрической практики, работа с людьми, пережившими травматический опыт, дает очевидные возможности для предотвращения возникновения многих психических расстройств. Прежде всего при работе с травмой необходимо устранить или минимизировать хронические посттравматические реакции.

Данная глава посвящена психологическому дебрифингу (ПД), представляющему собой процедуру оказания психологической помощи, которая проводится сразу после переживания травматического события с целью предотвращения его негативных последствий. Разработанный в последние десятилетия метод дебрифинга стресса критического инцидента, впервые опубликованный Митчеллом (Mitchell, 1983), а также другие виды дебрифинга, подробно описаны в литературе и часто применяются как методы первичной помощи индивидам, пережившим психическую травму. Отчеты об эффективности раннего дебрифинга полны красочных сюжетов. С другой стороны, публикуются предостережения против того, чтобы доверять этим отчетам как надежным свидетельствам эффективности данного метода (Bisson, Deahl, 1994; Raphael et al., 1995). Тем не менее в данной главе мы решили остановиться именно на дебрифинге, а не на других формах ранней интервенции. В обзоре приведены теоретические положения, лежащие в основе дебрифинга, а также его различные модели, описанные в доступной

литературе. Особое внимание посвящено исследованиям, которые методологически грамотно организованы и включают рандомизированные контрольные группы.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ/КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ РАМКИ

Проведение срочных превентивных интервенций возможно только в случае, если участники разделяют убеждение в необходимости коллективной ответственности и в важности той роли, которую выполняет группа в процессе оказания помощи отдельным индивидам, пережившим травму. Следовательно, эффективность и теоретическое обоснование дебрифинга зависит от культуры, в которой он проводится, т.е. от существующей в данном обществе системы норм и ценностей. Эта система включает ряд убеждений о ценности и важности отдельного индивида в большой социальной группе. Дебрифинг был разработан, скорее, благодаря стремлению людей помогать страдающим, чем с целью создания устойчивой теоретической основы и подтверждения ее с помощью практики. Таким образом, срочные превентивные интервенции могут рассматриваться и как общественные движения, и как методы клинического воздействия. Теоретические корни дебрифинга имеют разные источники.

Модель близости, срочности и надежды (БСН)

Оказание помощи при остром военном стрессе сформировалось как направление во время Первой мировой войны и затем было заново сформулировано во время Второй мировой войны. БСН-модель основана на трех принципах: близости, срочности и надежды, описанных Кардинером и Шпигелем (Kardiner, Spiegel, 1947). БСН-модель использовалась и в более поздних военных конфликтах (например, с израильскими солдатами во время Ливанской войны (Solomon, Benbenishty, 1988), где солдатам оказывалась помощь в непосредственной близости от поля боя (близость), работа проводилась настолько срочно, насколько это было возможно (срочность), и с установкой, что солдаты вернуться в строй (надежда).

Нарративная традиция

Во время Второй мировой войны генерал Маршалл, тогда главный историк американской армии, использовал и впоследствии описал процедуру дебрифинга (Marshall, 1944). Он считал, что необходимо проводить с солдатами сессии дебрифинга прямо на поле боя сразу после него, если это возможно, и установил, что необходимо 7 часов для дебрифинга одного боевого дня.

Хотя одной из основных функций таких собраний был сбор информации, Маршалл отмечал, что эмоциональный эффект дебрифинга был «духовно очищающим», «морально укрепляющим» и что люди обычно получали от этого процесса удовлетворение. Созданный Маршаллом дебрифинг представляет собой структурированный метод интервенции, для которого характерно уважение к переживаниям, страданиям и выражению эмоциональных реакций человека, пережившего травматический опыт. Он считал, что техники дебрифинга достаточно просты и могут выполняться командирами без специального тренинга. Таким образом, исследования Маршалла дали возможность военным создавать нарративы, или вербальные репрезентации, травматического опыта.

Групповая психотерапия

Другой парадигмой в модели критического инцидента является групповая психотерапия. Линди с соавт. (Lindy et al., 1983) описали феномен травматической мембраны, которую создают вокруг переживших травму людей. Травматическая мембрана представляет собой атмосферу молчаливого понимания, которая окружает пострадавших людей. Данные принципы являются основными в групповой интервенции. В групповой терапии используется терапевтическое воздействие группы, а также поддержка и взаимодействие между членами группы с целью облегчения состояния и коррекции поведенческих реакций у пострадавших. Основной целью групповой терапии является повышение адаптивного потенциала всей группы в целом, а не отдельных индивидов.

Кризисная интервенция

В социальной психиатрии особое внимание уделяется роли жизненных событий в развитии психических заболеваний. Одно из направлений кризисной интервенции было описано Капланом и Линдемманом. Кризисную интервенцию применяют, когда есть четко выраженные реакции дистресса в ответ на неожиданное негативное событие. Предполагается, что пациент пережил событие, которое было настолько неожиданным, что в тот момент он просто не имел возможности совладать со своими эмоциями. Сущность интервенции состоит в том, что пациенту оказывается поддержка со стороны психиатров и психотерапевтов в совладании с эмоциональными реакциями. Данная модель основывается на предположении, что, когда событие произошло и завершилось, симптомы должны постепенно снизиться. Терапевт помогает пациенту структурировать травматический опыт и развить навыки проблемно-фокусированного совладания.

Терапия горевания

Концепция кризисной интервенции используется также для работы с горем. Линдемманн (Lindemann, 1944) работал с людьми, пережившими пожар в ночном клубе «Кокосовая роща», после чего он описал стадии горя и психотерапевтические стратегии работы с ним. Постепенно терапия горевания отделилась от кризисной интервенции и стала самостоятельным направлением в связи с тем, что, во-первых, большой акцент на работе с горем был сделан в работе Рафаэль (Raphael, 1977) с вдовами, имеющими высокий риск дезадаптации после потери мужа. Данное направление терапии включало образовательный компонент, имеющий целью нормализацию чувств и поведения, связанных с горем. Во-вторых, выражение чувств, вызванных утратой, часто облегчалось с помощью ритуалов посещения могил и вступления в наследство, доставшееся от умершего человека. Проработка отношений с умершим позволяла развить новое чувство личной идентичности и интегрировать новую Я-концепцию. В результате использования этого подхода для оказания помощи людям, потерявшим близких при крушении поезда в Гранвилле, Рафаэль пришла к выводу о важности проведения срочной интервенции в ситуациях катастроф.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Несмотря на то, что бихевиоральная терапия утвердилась в клинической практике только во второй половине XX в., ее основные принципы применялись гораздо раньше. В дебрифинге особенно часто используются два аспекта. Первый — это идея десенситизации как метода снижения симптоматики избегания непосредственно после психотравмирующего события. Второй аспект сопряжен с изучением когнитивных схем, связанных с травматическими воспоминаниями. Когнитивно-бихевиоральное направление в терапии ПТСР также рассматривается как превентивная мера. Данная область клинической практики недостаточно теоретически разработана. Однако идея создания руководства по бихевиоральной терапии ПТСР существует. Руководство по дебрифингу должно стать частью этой работы.

Психологическое обучение

Во многих смыслах дебрифинг представляет собой форму психологического обучения. Это важный компонент многих направлений когнитивно-бихевиоральной терапии. Вопрос заключается в том, каков вклад неспецифических факторов в терапевтический эффект при лечении посттравматических расстройств. Возникают некоторые сомнения насчет того, что предоставление

травмированным индивидам своего рода «карты» для понимания их психологических состояний помогает снизить дистресс и эффективно управлять саморегуляцией.

Катарсис

Выражение эмоций, связанных с травматическим событием, является важным компонентом дебрифинга. Понятие катарсиса в терапии восходит к работе Брейера и Фрейда (Breuer, Freud, 1893) «О психологических механизмах истерии: предварительные рассуждения» (Breuer, Freud, 1893).

Эклектическая модель

Краткий анализ теоретических основ дебрифинга показывает, что он возник из нескольких источников. Дебрифинг имеет четкие теоретические и практические параллели с ранними теориями травматического невроза 90-х годов XIX в., однако изначальные теоретические постулаты были модифицированы кризисными теориями и моделями групповой психотерапии. Большое влияние на становление дебрифинга оказали модели терапевтического вмешательства, созданные на основании опыта практической помощи во время Второй мировой войны. Внимание к изучению экстремальных ситуаций и особенно посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) было привлечено специалистами в области социальной психиатрии. Один из основных вопросов, связанных с этой проблематикой, состоит в том, являются ли симптомы, возникшие в результате переживания травматического события, просто стрессовыми реакциями, или же они свидетельствуют о наличии психиатрического расстройства. Психоаналитическое направление отстаивает точку зрения о существовании социальных и интрапсихических факторов, которые выступают в качестве детерминант психологических симптомов. Исходя из этой идеи, можно утверждать, что помощь в управлении совладанием с травматическим событием может минимизировать или предотвратить посттравматические (в том числе отсроченные) реакции.

Теоретические сложности, возникающие при анализе описанных положений, состоят в том, что люди, болеющие ПТСР, отличаются от других тем, что их биологические реакции на стресс выражены гораздо острее (Yehuda, McFarlane, Shalev, 1998). Если индивиды с нормальными физиологическими реакциями на стресс не страдают ПТСР, то встает закономерный вопрос, не изменит ли срочная терапевтическая интервенция их реакции так, что риск заболевания ПТСР повысится. Основываясь на главном принципе «Не навреди», необходимо доказать, что срочные психологические интервенции не снижают адаптивных психологических реакций.

Таким образом, теории дебрифинга выглядят достаточно обоснованно. Отсюда вытекает основная задача — разработка оптимального метода проведения дебрифинга.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА ДЕБРИФИНГА

Дебрифинг стресса критического инцидента (ДСКИ) был впервые описан Митчеллом (Mitchell, 1983) как метод групповой психологической помощи для амбулаторной работы с индивидами, испытывающими травматическое воздействие во время исполнения служебных обязанностей. Дебрифинг был отнесен к формам кризисной помощи; при этом отмечалось его отличие от психотерапии и, следовательно, подчеркивалась разница в философских основаниях дебрифинга и психотерапии (дебрифинг не нацелен на лечение психопатологических симптомов). ДСКИ и другие модели дебрифинга представляют собой слабоструктурированные процедуры, направленные на снижение первоначального дистресса и превенцию отсроченных психологических нарушений, в частности ПТСР. Дебрифинг заключается в оказании поддержки индивиду в эмоциональном отреагировании путем нормализации эмоциональных реакций, а также в подготовке к переживанию травматических событий в будущем. Кроме того, в цели дебрифинга входит выявление людей, нуждающихся в помощи, оказание этой помощи на раннем посттравматическом этапе. Считается, что любой человек, переживший травматическое событие, может проходить процедуру дебрифинга независимо от наличия или отсутствия у него психопатологических симптомов. При этом очевидно, что состояние многих участников дебрифинга отвечает либо критериям острого стрессового расстройства, либо ПТСР, а также может включать симптомы тревожности и депрессии. Дебрифинг проводился с индивидами, пережившими различные травматические события, а также с работниками служб спасения и специалистами, оказывающими психологическую помощь. Основное внимание уделяется имеющимся в момент проведения процедуры психологическим реакциям индивида на травмирующее воздействие, при этом прошлый опыт индивида, который, безусловно, оказывает влияние на эти реакции, не является фокусом воздействия. При проведении процедуры избегается употребление психиатрических «ярлыков», и акцент делается на нормализации состояния. Участникам объясняется, что они совершенно нормальные люди, которые попали в ненормальные ситуации. Митчелл и Эверли (Mitchell, Everly, 1995) считают, что дебрифинг должен пониматься как часть обширного, системного, многокомпонентного подхода к управлению травматическим стрессом (управление стрессом критического инцидента — УСКИ). По их мнению, дебрифинг

должен использоваться как отдельная единой осуществляемая процедура психологической помощи. Такое же мнение имеют и другие практики, которые используют дебрифинг как самостоятельный подход к оказанию помощи после переживания травматического события.

ДСКИ Митчелла (Mitchell, 1983) представляет собой процедуру, состоящую из 7 этапов. На вводном этапе участникам разъясняются цели и задачи дебрифинга, его суть, а также даются вводные установки. На этапе описания событий участникам предлагается рассказать о произошедшем с ними; если при этом возникают эмоции, то их выражение поощряется, однако детальный анализ эмоциональных состояний на этой фазе не производится. На следующем этапе анализа рассматриваются мысли участников во время инцидента. На этапе анализа реакций основной фокус сосредоточивается на эмоциях, испытываемых в связи с пережитым событием. Задачей этапа симптомов является помощь участникам в перемещении с чисто эмоционального реагирования на когнитивное осмысление события, обсуждаются связанные с травмой симптомы. Этап обучения вытекает из предыдущего этапа. На этой фазе руководитель дебрифинга рассказывает о типичных посттравматических симптомах и стратегиях совладания со стрессом. На контрольном этапе обсуждаются достигнутые результаты, задаются вопросы, и процедура дебрифинга заканчивается.

После описания Митчеллом ДСКИ другие авторы создали свои формы дебрифинга (Rose, 1997). Дирегров (Dyregrov, 1989) в своем описании процедуры дебрифинга представил собственную интерпретацию техник Митчелла, особенности которой заключались в обсуждении во время дебрифинга сенсорной информации, полученной во время события. Дирегров также предлагает уделять больше внимания индивидуальным реакциям и процессу нормализации реакций. Семь стадий дебрифинга, по Дирегрову, приведены ниже.

1. *Введение.* Ведущий рассказывает, что целью встречи является обсуждение реакций участников на травмирующее событие, а также знакомство с методами профилактики возникновения отсроченных реакций на травму. Ведущий сообщает об обязательности соблюдения правила конфиденциальности и доводит до сведения участников следующие правила дебрифинга:

(а) участники не обязаны говорить о чем-либо, кроме как о том, почему они оказались здесь, и о своей причастности к травматическому событию;

(б) участники должны соблюдать правило конфиденциальности и не выносить за пределы группы того, что в ней происходит; (в) фокусом дискуссии являются переживания и психологические реакции участников.

2. *Предсказуемость и факты.* На этом этапе обсуждается травматическое событие во всех возможных деталях без специального внимания

к мыслям, чувствам, переживаниям и эмоциональным реакциям. Участников просят также сообщить, ожидали ли они это событие. (Это помогает сфокусировать участников на событии и приводит их к пониманию причин их психологических реакций. Данный аспект очень важен для определенных ситуаций, например, дети, неожиданно попавшие в зону боевых действий, могут преувеличивать интенсивность травматической ситуации.)

3. *Мысли и впечатления.* Когда реальные факты описаны, начинается работа над мыслями и впечатлениями с помощью вопросов типа: «О чем вы подумали, когда поняли, что ранены?» или «Что вы тогда стали делать?» С помощью этой информации: (а) конструируется целостный образ ситуации; (б) реакции индивида рассматриваются в перспективе; (в) происходит интеграция травматического опыта. Выявляются сенсорные впечатления всех пяти модальностей с помощью вопросов о том, что человек видел, слышал, осязал, какие были запахи в тот момент, ощущал ли он какой-либо привкус во рту. Целью такого расспроса является воссоздание реальной картины события.

4. *Эмоциональные реакции.* Это, как правило, самая длительная стадия дебрифинга. Вопросы, обсуждаемые на предыдущей стадии, касающиеся чувств и впечатлений, приводят к ответам об эмоциональных реакциях. Ведущий старается помочь участникам выразить эмоции с помощью вопросов, содержание которых отражает наиболее часто встречающиеся в момент травмы эмоции: страх, ужас, беспомощность, фрустрацию, самоупреки, агрессию, вину, тревогу и депрессию. Обсуждаются также эмоциональные реакции, возникшие после события.

5. *Нормализация.* После того как эмоциональные реакции выражены, ведущий старается помочь участникам в принятии их. Основной упор делается на то, что переживаемые эмоциональные реакции нормальны для таких ситуаций. Когда в дебрифинге участвует более одного человека, проявляемые одним участником эмоции будут разделены другими участниками. Это также помогает нормализации. Ведущий подчеркивает, что участники вовсе не должны переживать все эмоции, которые обычно возникают после травмы, однако эмоциональное реагирование на травматическую ситуацию является нормой. Ведущий также описывает наиболее часто встречающиеся посттравматические симптомы, с которыми участники могут столкнуться в будущем: навязчивые мысли и образы, состояние дистресса при актуализации в памяти событий прошлого, чувство отгороженности от других, потеря интереса к тому, что раньше доставляло удовольствие, тревога и депрессия, нарушения сна с ночными кошмарами, раздражительность, стыд, вина, агрессия, сверхбдительность, повышенные реакции испуга.

6. *Планирование будущего/совладание.* На этой стадии ведущий фокусирует группу на способах совладания с симптомами и мобилизации меха-

низмов внутренней и внешней поддержки (семьи и друзей). Акцент делается на важности открытого обсуждения переживаний участников с членами семьи и друзьями, а также подчеркивается возможность получения от них дополнительной поддержки, если таковая понадобится.

7. *Завершение.* На этой стадии обсуждаются другие темы. Раздаются брошюры и листовки, описывающие обычные реакции на травму и способы совладания с ней. Рассказывается о возможности получения психологической помощи в будущем и об учреждениях, которые ее предоставляют. Участникам советуют обратиться за помощью, если: (а) психологические симптомы не снижаются по истечении 4-6 недель; (б) психологические симптомы со временем усиливаются; (в) возникают явления социальной (в том числе профессиональной и семейной) дезадаптации; (г) происходят выраженные изменения личности.

Рафаэль (Raphael, 1986) описала процедуру психологического дебри-финга, которая менее структурирована, чем модель Митчела и Дирегрова, хотя имеет с ней много общего, включая тот факт, что модель Рафаэль в большей степени рассчитана на групповую работу с клиентами, которые повторно переживают одни и те же травмы. Автор предлагает специальные темы для обсуждения, которые могут использоваться во время дебрифинга: опыт столкновения со смертью, вина выжившего, потеря места жительства; позитивные и негативные чувства, жертвы и их проблемы, а также специфика стрессора и личного опыта. Другая модель — Модель дебрифинга множественного стресса, созданная для работы с персоналом американского Красного креста (Armstrong et al., 1991), — включает элементы других моделей дебрифинга, однако в первую очередь предназначена для профилактической работы с подвергающимися стрессу людьми, которая осуществляется до травматического воздействия. Дебрифинг состоит из четырех стадий. На первой стадии рассматриваются чувства и реакции, которые могут появиться в связи с событием. Затем обсуждаются копинг-стратегии, включая способы совладания, которые использовал индивид при взаимодействии с другими стрессовыми ситуациями. На заключительной стадии рассматриваются конкретные модели поведения после травматического события, необходимость обсуждать со значимыми другими свои опыт и чувства.

В последние годы модели ПД были модифицированы для использования^в работе с группами первично травмированных индивидов сразу после травмы (Hobbs et al, 1996; Lee et al, 1996). Индивидуальные модели дебрифинга, описанные в литературе, включают интервенции из 7 этапов, подобных описанным в модели Митчела. Ввиду отсутствия групповых факторов поддержки индивидуальный дебрифинг фокусируется на опыте и реакциях^{от} Дельного индивида. Некоторые авторы полагают, что в связи с важностью

группового фактора для дебрифинга в случае индивидуальной работы техника должна быть специально адаптирована (Dyregrov, 1998). В индивидуальном ПД оказывающий помощь нормализует индивидуальные реакции путем предоставления информации, источником которой являются скорее знание о подобных травмах бывших пациентов и опубликованные в литературе данные, чем наблюдения за групповой работой. Большинство описанных процедур индивидуального дебрифинга проводилось в случаях первичной травмы и наличия физических повреждений. При работе с индивидами, получившими значительные физические повреждения, следует фокусировать внимание на беспокойстве, вызванном ранением, а также возможных переживаниях, связанных с недееспособностью/физическими недостатками (Bissonetal., 1997). Кроме упомянутой выше кризисной интервенции, термин «психологический дебрифинг» также использовался для описания других техник. Например, Хэймен и Скатуро (Haumen, Scaturo, 1992) описали «психологический дебрифинг», состоящий из 8 сеансов, предназначенный для участников войны в Персидском заливе. Другие авторы (Busuttill et al., 1995) описали дебрифинг как часть групповой терапии хронического ПТСР. Такое разнообразное использование этого термина привело к появлению сомнительных выводов, рассмотрение которых не входит в задачи данной главы. Здесь мы используем термин «дебрифинг» для обозначения коротких профилактических техник, которые проводятся непосредственно после травмы.

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

Данный обзор написан по результатам систематического поиска рандомизированных контролируемых исследований по применению коротких психологических интервенций, имевших место сразу после травмы (Rose, Bisson, 1998; Wessely et al., 1998), а также других исследований эффективности ПД и видов ранней интервенции. Было проанализировано девять электронных баз (MEDLINE, EMBASE, PsycLIT, PILOTS, Biosis, Pascal, Ose. Safety and Health, CDSR, а также Регистр группы исследований депрессии, тревожности и неврозов). Был просмотрен также журнал травматического стресса с целью идентификации рандомизированных контролируемых исследований психологического дебрифинга. Кроме того, был проведен опрос исследователей эффективности дебрифинга для поиска опубликованных данных. Все обнаруженные материалы были тщательно проанализированы.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Психологический дебрифинг

Данные рандомизированных контролируемых клинических исследований

Хоббс с соавт. (Hobbs et al, 1996) описали рандомизированное контролируемое исследование индивидуального ПД для переживших автокатастрофы. В данном исследовании приняли участие 106 случайно отобранных испытуемых, которые прошли часовой дебрифинг через 24-48 часов после инцидента. В дебрифинг входили: предоставление информации о переживании травмы, поощрение выражения эмоциональных реакций, а также помощь в когнитивной переработке травматического опыта. Пациенты, пережившие автомобильную аварию, получали информацию об обычных эмоциональных реакциях, им рекомендовали делиться своими переживаниями с окружающими, а также как можно раньше постепенно начинать вновь ездить на автомобиле. Кроме того, раздавалась брошюра, содержащая эти советы. Данных о каких-либо методиках, позволяющих оценить последовательность интервенций, не приводится. Исследование, проведенное через 4 месяца после инцидента, свидетельствует об отсутствии значимых различий между группой, прошедшей ПД, и контрольной группой по методикам: Шкале оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale — IES) (Harrowitz, Wilner, Alvarez, 1979) (эффект = -0.21); индексу остроты симптомов в Кратком опроснике симптомов (Brief Symptom Inventory — BSI) (Derogatis, Melisaratos, 1983) (эффект = -0.37); рейтингу по интервью навязчивых мыслей и тревоги, связанной с поездками (эффект = -0.12); клиническому диагнозу ПТСР или фобического расстройства. Группа, прошедшая дебрифинг, имела худшие результаты ($p < 0.05$) по двум шкалам BSI и продемонстрировала незначимую тенденцию к ухудшению результатов по параметрам общего дистресса и депрессии. Авторы делают вывод о том, что ПД не помогает, а наоборот, возможно, ухудшает ситуацию. Данное исследование имеет несколько положительных методологических характеристик, включающих использование валидизированных методик и большей выборки по сравнению с другими исследованиями, однако оно также имеет ряд недостатков. К сожалению, повторная оценка осуществлялась теми же исследователями, которые первоначально проводили дебрифинг, что могло вызвать смещение результатов. Кроме того, в группе, прошедшей дебрифинг, были более высокие показатели по физическим ранениям, чем в контрольной группе, что также могло повлиять на результат.

В другом исследовании (Lee et al., 1996) в качестве испытуемых были женщины старше 18 лет, у которых был выкидыш на сроке беременности от 6 до 19 недель. Двадцать одна женщина проходила часовой индивидуальный дебрифинг, основанный на методах Митчела и Дирегрова, примерно через две недели после прерывания беременности. 19 женщин не проходили дебрифинг. Проведенное через 4 месяца исследование не обнаружило значимых различий между двумя группами по методикам IES (эффект = 0.43 по субшкале вторжения и 0.18 по субшкале избегания) и Клинической шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) (эффект = 0.11 для субшкалы тревожности и 0.28 для субшкалы депрессии). Проведенный спустя 4 месяца факторный анализ (ANOVA) показал значимый эффект времени, прошедшего после события, и отсутствие эффекта дебрифинга. Множественная регрессия показала, что параметры дистресса спустя неделю после события являются предикторами дистресса, переживаемого пациентами спустя 4 месяца. Значительное большинство ПД-группы (71%) указали на то, что после дебрифинга они получили возможность говорить о своих чувствах, в то время как в группе, не прошедшей ПД, таковых оказалось только 29%. Женщин, проходивших ПД, попросили оценить помощь, которую он оказал, по 100-балльной шкале: от «Совсем не помогло» до «Очень помогло». Средний показатель по этой шкале получился равным 74. В целом женщины были удовлетворены помощью, полученной в больнице. Отсроченное обследование также выявило, что значительно чаще пытались получить дополнительную информацию о выкидыше пациентки из контрольной группы (78%) по сравнению с ПД-группой (29%). Это исследование также представляется грамотно построенным, за исключением того, что исследуемые группы были довольно немногочисленными и в отсроченном обследовании не использовался метод интервью.

Еще одно исследование (Bisson et al., 1997) проводилось на группе из 130 пациентов, переживших ожоговые травмы. Испытуемые случайным образом были разделены на две группы, одна из которых проходила индивидуальный ПД (модифицированный вариант метода Дирегрова) через 2-19 дней после травмы, а другая — нет. Обследование, проведенное через три месяца, показало на уровне тенденции худшие результаты в группе, прошедшей ПД (эффект по IES = -0.22). Через 13 месяцев группа, прошедшая ПД, продемонстрировала более тяжелое состояние ($p < 0.05$) по субшкалам тревожности (эффект = -0.42) и депрессии (эффект = -0.43) шкалы HADS, по IES (эффект = -0.55), по уровню ПТСР по Шкале клинической оценки ПТСР (CAPS) (Blake, Weathers, Nagy, 1990). Тяжесть ожоговой травмы в группе, прошедшей ПД, была немного выше, чем в контрольной группе. Кроме того, в группе, прошедшей ПД, 14 испытуемых (25%) (это вдвое больше, чем в контрольной), отметили наличие значимых предшествующих травм (хотя пред-)

шествующие травмы не влияли на результат). Изначальный уровень дистресса воздействовал на состояние испытуемых в гораздо большей степени, чем наличие или отсутствие ПД. Однако использование ANOVA с начальным уровнем IES в качестве ковариации показало, что уровень IES в ПД-группе оказался значимо выше ($p < 0.05$) по прошествии 13 месяцев. Кроме того, протяженность дебрифинга также связана с отрицательными результатами (коэффициент корреляции Пирсона $r = 0.44$, $p = 0.001$). 52% испытуемых, прошедших дебрифинг, оценили его как «определенно полезный». Данное исследование также имеет свои недостатки: в частности, испытуемые группы, прошедшей дебрифинг, были более травмированы и имели более тяжелые ожоги, чем испытуемые контрольной группы.

В другом исследовании (Chemtob et al., 1997) изучался групповой ПД, длительностью в 1 сессию плюс одна сессия для предоставления информации. Сессии проводились для переживших ураган спустя 6 и 9 месяцев. Дебрифинг и информационная сессия, которые длились в общем 5 часов, продемонстрировали значительное снижение симптомов по IES, которое не могло быть объяснено просто временной дистанцией. Это рандомизированное контролируемое исследование также имеет недостатки. Совмещение ПД и информационной сессии осложняет оценку эффективности дебрифинга. Кроме того, время проведения дебрифинга в этом исследовании не дает возможности сравнивать его с дебрифингом, проводимым не позднее, чем через месяц после травматического события.

Другие данные: клинические исследования открытого типа и описание случаев

Сравнительные исследования изучают группы индивидов, переживших травматическое событие, а затем сравнивают группы проходивших и не проходивших ПД испытуемых. При отсутствии случайного набора в группу дебрифинга и в контрольную группу результаты выглядят гораздо более слабыми: причины, заставляющие посещать дебрифинг, могут быть выражением определенной тенденции, влияющей на результаты. Дальнейшие исследования показали, что большинство индивидов, переживших травматические события, не заболевают ПТСР и, как правило, избавляются от первоначально возникших симптомов в течение нескольких месяцев (Blanchard et al., 1996; Riggs, Rothbaum, Foa, 1995). Отсюда следует, что большинство людей, прошедших дебрифинг, также не будут страдать ПТСР, что может привести к ложным выводам об эффективности дебрифинга, которые нельзя делать при отсутствии контролируемых исследований.

Макфарлэйн (McFarlane, 1988) обследовал группу из 50 человек, которые были случайно отобраны из 315 пожарников, за 8 месяцев до исследования

боровшихся со стихийным бедствием и имевших высокий риск развития ПТСР. Признаки ПТСР диагностировались по трем шкалам: высокая подверженность риску (коэффициент риска > 5), значительно выраженные психологические симптомы по Основной шкале здоровья (General Health Questionnaire — GHQ) (Goldberg, Hiller, 1979) (> 4), навязчивые мысли и образы (IES > 26). Данная подгруппа сравнивалась с группой из 96 пожарников, с которыми не проводилось интервью, но они обследовались с помощью шкал подверженности риску IES и GHQ. через 4 месяца после бедствия. Таким образом, данная подгруппа была случайно отобрана по различным комбинациям подверженности навязчивым образам и симптомам. Это исследование не может быть описано как рандомизированное клиническое исследование (РКИ).

Макфарлэйн пришел к выводу, что те испытуемые, кто прошел ПД сразу после инцидента, реже испытывали симптомы острого посттравматического стресса, чем те, кто не проходил дебрифинг. Однако эффективность дебрифинга была подвергнута сомнению в связи с тем, что индивиды, имеющие отсроченные посттравматические реакции, чаще посещали дебрифинг, чем те, у кого не наблюдалось симптоматики за весь период, прошедший после травмы. Макфарлэйн комментирует это как наличие эффекта дебрифинга на ранних стадиях переживания травмы и его снижение на поздних этапах.

В другом исследовании (Deahl et al, 1994) рассматривалась эффективность группового дебрифинга у солдат, которые копали могилы во время войны в Персидском заливе. В исследовании приняли участие 74 солдата. По определенным причинам только 55 солдат прошли ПД по Дирегрову, остальные составили контрольную группу. Методики, обычно используемые в таких исследованиях, в данной работе не применялись. Двадцать человек (50%) посчитали ПД полезным, однако данные по IES и GHQ.-28 показали отсутствие значимых различий между ПД-группой и контрольной спустя 9 месяцев. Хитон и Хале (Hiton, Halse, 1989) подобным образом изучали эффективность ПД у 58 непрофессиональных пожарных, извлекавших мертвые тела во время пожара в большом отеле в Норвегии. Исследователи не обнаружили разницы в психологических симптомах через 2 недели между пожарниками, прошедшими процедуру дебрифинга, и теми, кто просто общался с коллегами по поводу травматического события.

В другом исследовании (Stallard, Law, 1993) рассматривался групповой дебрифинг, который имел место через 6 месяцев после травмы. Участниками ПД были 7 подростков и 1 взрослый, которые пережили аварию микроавтобуса. По сравнению с подростками, принявшими участие в другом исследовании, через три месяца ПД-группа показала значимое снижение симптомов по субшкале вторжения IES, а также по симптоматике тревожности и депрессии по Шкале депрессии Бирлесона (Birlleson, 1981)

и по Шкале манифестации тревоги у детей (Reynolds, Richmond, 1978). Однако показатели по шкале избегания IES в этой группе слегка возросли. Описанное исследование не было РКИ, а также не удовлетворяло требованию о проведении дебрифинга не позднее, чем через месяц после события. Джекинс (Jenkins, 1996) в своем исследовании показал снижение депрессии и тревоги через месяц у 15 работников службы спасения после крупного инцидента с применением оружия по сравнению с 15 работниками той же службы, не проходившими дебрифинг. В другом исследовании (Kenardy et al., 1996) наблюдалась группа из 195 человек, принимавших участие в ликвидации последствий землетрясения в Австралии. 62 человека проходили дебрифинг, оставшиеся 133 — нет. Испытуемые заполняли GHQ-12 и IES четыре раза в течение последующих двух лет. Значимых улучшений состояния испытуемых обеих групп обнаружено не было.

Исследования, рассматриваемые в конце нашего обзора, не содержат контрольных групп, и, следовательно, считаются методологически слабыми. В одном из них (Sloan, 1988) описаны результаты ПД, который проходили 30 человек, переживших аварию самолета, не приведшую к смерти пассажиров. Все участники страдали симптомами, интенсивность которых быстро снижалась в течение первых 8 недель и затем продолжала снижаться медленно. Робинсон и Митчелл (Robinson, Mitchell, 1993) оценивали эффективность ПД для 172 спасателей в Австралии. Через две недели после ПД 60% участников заполнили предложенные опросники. В целом участники оценили ПД как «относительно полезный» и большинство испытуемых считало, что ПД помог им снизить симптоматику, связанную со стрессом. Очень небольшое количество испытуемых критично отнеслось к ПД, при этом некоторые участники сочли ПД «слишком политичным».

В другом исследовании (Flanery et al., 1991) описан дебрифинг работников психиатрической клиники, которые подверглись нападению со стороны пациентов. ПД проводился сразу после инцидента и продолжался при последующем контакте через 3 и 10 дней. За период 90 дней было зафиксировано 67 случаев нападения пациентов на персонал, дебрифинг осуществлялся с 62 пострадавшими. Пять пострадавших отказались принимать участие в ПД. 69% участников отметили «восстановление чувства контроля» через 10 дней и только 7 человек нуждались в дальнейшей поддержке, которая была оказана в форме групповой терапии. Эти же исследователи констатировали, что в связи с введением программы CISM насилие и нападения со стороны пациентов во время лечения снизились до 63% за 2 года, а также снизились медицинские и правовые расходы (Everly, Mitchell, 1999).

Эверли и Митчелл (Everly, Mitchell, 1999) приводят несистематический обзор исследований. Их выводы относительно эффективности дебрифинга носят позитивный характер, однако недостатки исследований, на которые они

опираются, очевидны. Среди цитируемых авторами работ с позитивными результатами — канадское исследование, показавшее эффективность программы CISM для медицинских сестер. 24% отметили улучшение показателей текучки кадров и 99% — снижение количества дней, проведенных на больничном. Дирегров (Dyregrov, 1998) описал подобные результаты в ходе программы CISM в Норвегии, высказав предположение, что эффективность ПД прежде всего связана с опытом ведущего.

Александр (Alexander, 1993) описал 35 полицейских, которые участвовали в ликвидации последствий взрыва на платформе Альфа Пайпер, занимаясь поиском и идентификацией останков человеческих тел. Большинство испытуемых не страдали посттравматическими симптомами в последующий период, из чего Александр заключил, что проведенные административные меры по предотвращению развития посттравматических стрессовых реакций оказались действенными. Полицейские проходили ежедневный дебрифинг в течение всего периода работы, который был оценен как значимый для полученных результатов. В другом исследовании (Searl, Bisson, 1992) описаны 8 солдат, получивших травмы во время войны в Персидском заливе, которые проходили ПД в течение 5 дней после травмы. Шесть человек соответствовали критериям ПТСР по DSM-3 через 5 недель. Пяти ветеранам для улучшения состояния потребовалось длительное лечение.

Другие разовые психологические интервенции

Психологические вмешательства, описанные ниже, не относятся к ПД, однако имеют много общего с ним черт. Они тоже сфокусированы на том, что случилось с индивидом во время травматического события, а также на обсуждении эмоциональных реакций, имевших место впоследствии. Таким образом, в наш обзор включены рандомизированные контролируемые исследования таких интервенций.

Бордов и Пирритт (Bordow, Pirritt, 1979) описали исследование 70 мужчин, которые были амбулаторными пациентами центра по работе с травмой в Австралии в течение, как минимум, недели в связи с автомобильной аварией. Первые 30 пациентов, рассматриваемые как контрольная группа, не получали психологической помощи и были приглашены на интервью спустя 3-4 месяца после травмы. Оставшиеся 40 пациентов прошли интервью сразу после инцидента и через 3 месяца. Одна часть этих пациентов больше не получала помощи, а другая образовала группу помощи, с которой проводил сеансы (общей длительностью от 2 до 10 часов) социальный работник. Исследование, которое осуществлялось сразу после травмы, называлось «Структурированное интервью оценки переживания травмы и госпитализации, а также эмоциональных реакций на это» (Bordow, Pirritt, 1979, p. 252)

Спустя 3-4 месяца исследователи обнаружили, что пациенты, посещавшие гDVnny, чувствовали себя лучше, чем те, кто прошел только первичное интервью. Последние, в свою очередь, показали лучшее самочувствие, чем те, кто не был сразу обследован. Авторы считают, что полученные результаты подтверждают пользу ранней психологической интервенции для снижения посттравматической симптоматики, а также то, что некоторые индивиды нуждаются в нескольких сеансах психологической помощи. Первичное обследование нельзя приравнять к ПД, однако они имеют много общего. При этом у данного исследования имеется ряд недостатков. Непонятно, почему только 10 человек прошли одноразовую интервенцию, почему методики обследования были сконструированы самими исследователями, осуществлявшими интервенцию, почему в исследуемой группе не было женщин, а также почему статистический анализ межгрупповых различий производился по всем трем группам без учета особенностей групп. В исследовании не приводится достаточной информации для оценки эффекта.

Другое исследование (Bunn, Clarke, 1979) проводилось на группе родственников серьезно больных или раненых пациентов, находившихся на лечении в отделении срочной помощи одного из госпиталей в Австралии. Испытуемые были случайным образом объединены в группу, получавшую помощь, и в контрольную группу. Интервенция представляла собой 30-минутную полуструктурированную консультативную сессию, участникам которой предлагалось выразить их чувства и мысли относительно ситуации. Авторы описывают интервенцию как «...поддерживающую, эмпатичную... Участникам предлагалось выразить их чувства и мысли относительно ситуации. Также им предоставлялась информация о ранении или болезни и прогнозе лечения» (р. 192). Тех, кто получал психологическую помощь, интервьюировали сразу после нее, а участников контрольной группы — через 20 минут после набора в группу. Результаты интервью показали снижение тревоги в группе, прошедшей консультирование, по сравнению с контрольной по шкалам тревожности. К сожалению, данное исследование имеет серьезные недостатки. Пяти минут, прошедших после консультирования, явно недостаточно, да и методики измерения не были идеальными. Таким образом, невозможно определить, был ли у этой интервенции длительный эффект, а также приведенных данных недостаточно, чтобы определить эффект в численном выражении.

Еще одно исследование (Stevens, Adshear, см.: Hobbs, Adshear, 1996) проводилось на пациентах, которые находились в отделении скорой помощи^в связи с тяжелыми физическими травмами. Участниками были 44 мужчины

* 19 женщин; 21 человек выпал из исследования на последующих этапах, течение 24 часов группа, получающая помощь, проходила стандартно-

^{0в}анное интервью, в котором пациенты рассказывали о своих переживаниях эмоциях. Хотя интервью и не представляло собой ПД, оно содержало ряд

его компонентов, описанных выше. Участники обследовались спустя 1 неделю, 1 месяц и 3 месяца после оказания помощи. Значимых различий между пациентами, получавшими помощь, и теми, кто ее не получал, обнаружено не было по методикам: IES, Опроснику депрессивности Бека (Beck Depression Inventory — BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mack, Erbaugh, 1961), Опроснику самооценки состояния Спилбергера (Spielberger Self-Evaluation Questionary — SEQ) (Spielberger, 1983), а также по симптомам ПТСР. Исключение составили испытуемые из группы консультирования с изначально высокими значениями по SEQ и BDI, которые показали улучшение состояния по этим методикам. Две трети испытуемых высказали положительное отношение к консультированию, а одна треть не дала позитивной оценки. Члены этой группы выразили мнение, что консультирование проводилось слишком рано, в то время, когда они в нем не нуждались. Основным недостатком данного исследования является то, что индивиды, которые демонстрировали значительные эмоциональные реакции во время консультаций, не принимали участия в обследовании на более поздних этапах. Это может быть причиной того, что интервенция не продемонстрировала своей эффективности. К сожалению, для оценки эффекта данной интервенции не хватает данных.

ВЫВОДЫ

Ранние модели ПД широко пропагандировались для использования в работе с пострадавшими в результате травматических событий. Исследования, проанализированные в настоящем обзоре, проведены на хорошем уровне, однако в целом качество контролируемых рандомизированных исследований заставляет желать лучшего. Методологические недостатки проанализированных исследований состоят, как правило, в небольшом размере выборок, отсутствии контрольных групп и рандомизации, различиях в тяжести травмы у испытуемых, игнорировании значимых переменных, низком уровне реакций, недостаточной обоснованности критериев отбора испытуемых, отсутствии унификации в самой интервенции, а также в несовпадении во времени проведения различных этапов исследования. В итоге можно утверждать, что проанализированные исследования приводят мало доказательств эффективности раннего ПД в предотвращении психопатологических реакций, связанных с травмой, однако в них отмечается, что в целом ПД хорошо принимается участниками. Вполне возможно, что ПД полезен для выявления групп риска, повышения образовательного уровня, предоставления информации, а также для содействия поддержанию боевого духа. Были обнаружены некоторые негативные результаты индивидуального ПД, однако коллективный ПД в целом не оказывает влияния на отсроченное психологическое состояние.

Описанные в РКИ разовые интервенции, осуществляемые не в форме ПД (Gunn, Clarke, 1979; Vodrow, Porritt, 1979), методологически очень слабо организованы. Возможно, интенсивное включение индивида в повторное переживание травмы во время дебрифинга влечет за собой ретравматизацию без предоставления достаточного времени на обучение совладанию, что негативно сказывается на состоянии потерпевшего. Данный результат совпадает с выводами Вогана и Тарриера (Vaughan, Tarrier, 1992), а также Питмэна (Pitman, 1991) о возникновении неблагоприятных реакций после проведения вскрывающей терапии. Авторы полагают, что очень важно проводить специальный отбор на ПД, если его проведение обязательно.

Вероятно, что неконтролируемые переменные оказывают более значительное влияние на состояние человека после травмы, чем наличие или отсутствие ПД. Так, было показано (Bisson et al., 1997; Lee et al., 1996), что изначальный уровень дистресса был гораздо более важным предиктором отсроченного состояния испытуемых, чем наличие или отсутствие ПД. Последние РКИ, изучающие индивидуальный ПД для жертв преступлений (Rose et al., 1999), заново высветили отсутствие превентивного эффекта ПД за исключением субъективной удовлетворенности его участников. В одном из исследований (Brewin et al., 1998) было снова отмечено, что устойчивый высокий уровень симптомов (диагностированный через 3 недели после преступления) был наиболее значимым предиктором расстройства. Результаты исследования также свидетельствуют о том, что развитие ПТСР (спустя 6 месяцев после травмы) относительно хорошо прогнозировалось с помощью двух методов. Первый заключался в диагностировании острого стрессового расстройства (ОСР). Другой метод состоял в определении наличия (в среднем на протяжении 3 недель после травмы) трех или более симптомов повторного переживания травмы либо трех или более симптомов физиологического возбуждения. Эмоции стыда и гнева, переживаемые индивидом в посттравматический период, также обладают прогностической ценностью. В этом исследовании был разработан краткий опросник реакций на травму. Харвей и Бриант (Harvey, Bryant, 1998) создали подобный инструмент для Диагностики ОСР и также провели рандомизированное контролируемое исследование когнитивно-бихевиоральной терапии в сопоставлении с неди-Рективным консультированием для индивидов, страдающих ОСР. Результаты показали, что когнитивно-бихевиоральная терапия предотвращает развитие ПТСР, тогда как неди-Рективное консультирование — нет. Полученные Результаты свидетельствуют о том, что для индивидов с высоким риском Развития посттравматической психопатологии наиболее показаны формы комплексного воздействия.

РЕКОМЕНДАЦИИ Показания

Основываясь на текущем состоянии исследований в данной области, невозможно настаивать на том, что разовый индивидуальный и групповой ПД являются профилактикой ПТСР (ACHR, уровень В). Однако можно говорить о позитивных аспектах ПД, особенно когда он включен в комплексные реабилитационные программы (ACHR, уровень С). Исследования показали, что данная форма психологической помощи хорошо воспринимается большинством участников (ACHR, уровень А), и несмотря на то, что ПД не служит превентивной мерой для развития симптомов, он может быть полезен для выявления групп риска, предоставления информации и поддержки. Возможно, что призывы к «гибкости» терапевтических подходов в оказании срочной помощи индивидам, пережившим травмы (Turner et al., 1989), имеют серьезные основания. Вероятность того, что групповой ПД в сочетании с образовательными сессиями через несколько месяцев после травматического события может быть эффективным, продемонстрирована только в одном исследовании. Однако эти данные, безусловно, нуждаются в повторном подтверждении.

Противопоказания

Некоторые исследования индивидуального ПД показали вероятность того, что интенсивные повторные переживания травмы во время ПД могут приводить к ретравматизации при отсутствии достаточного количества времени на помощь в совладании, что, в свою очередь, выливается в усиление симптоматики (ACHR, уровень В). Таким образом, если ПД или другие подобные интервенции обязательно должны осуществляться, их должны проводить опытные, хорошо обученные специалисты; эти мероприятия не должны быть обязательными, потенциальных участников следует предварительно клинически обследовать. При проведении ПД должен сопровождаться четкой и объективной оценочной процедурой, чтобы обеспечить работу необходимыми объективными данными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отсутствие серьезных исследований в данной области, безусловно, разочаровывает. Такие исследования необходимы для того, чтобы определить, следует ли осуществлять какое-либо срочное вмешательство в отношении индивидов,

переживших травму, и если следует, то каким должно быть это вмешательство. Судя по результатам данного обзора, очень важно, чтобы использовались только те диагностические методы, которые показаны для такой паботы. Это может быть сделано только с помощью серьезного исследования, в котором именно эта область будет приоритетной. В действительности исследований очень мало, и их данные весьма скудные. Существуют основания для более системного изучения индивидуального ПД как отдельной интервенции в сравнении с групповым ПД, как части комплексных программ по работе с травматическим стрессом, который считается эффективным многими авторами (Dyregrov, 1998). Существует также много потенциально важных факторов, которые не были должным образом систематически изучены в проанализированных исследованиях, например, временной интервал между травмой и ПД, характер травмы, опыт ведущего, качество и особенности ПД. Фокусировка исключительно на последующих симптомах ПТСР как характеристике эффективности ПД представляется нам слишком упрощенной. Таким образом, делать выводы об исключении ПД из методов помощи индивидам, пережившим травмы, пока преждевременно.

В связи с тем, что доказательств в поддержку разового дебрифинга как меры профилактики ПТСР обнаружено не было, есть основания для предоставления срочной психологической помощи и формирования терапевтического альянса на как можно более ранних этапах. Раннее терапевтическое взаимодействие может позволить определить основную проблему, связанную с сопротивлением психотерапии у переживших травму индивидов. Возможно, дебрифинг неприемлем как отдельно взятая интервенция для всех видов травм, однако в отношении тех, кому показана такая форма помощи, не было осуществлено контролируемых рандомизированных исследований (например, ДСКИ был рекомендован для групп работников служб спасения, а не для жертв травматических событий). Существует острая необходимость в контролируемых рандомизированных исследованиях, особенно это касается групповых интервенций (например, эффективности группового ПД как части комплексной программы по работе со стрессом для работников службы спасения), а также дебрифинга с участием детей, многоразовых интервенций,^a также методов кризисной интервенции, которые не включают техник повторного переживания травмы. Нам также кажется важным фокусировать работу на тех индивидах, которые находятся в группах риска развития психических расстройств (например, страдающих ОСР, так как они имеют большой Риск развития ПТСР). Среди клиницистов существует единое мнение о том, что чем раньше начинает оказываться помощь, тем лучше долгосрочный прогноз. Кроме того, принципы лечения при прогнозируемом ПТСР и диагностированном ПТСР совершенно одинаковы. Каковы бы ни были результаты УДУЩих исследований, предостережение Макфарлэйна (McFarlane, 1989)

о том, что сверхэнтузиазм в отношении применения первичных профилактических методов может задержать постановку диагноза и начало эффективной терапии, ни в коем случае не должно стать реальностью.

ЛИТЕРАТУРА

- Alexander A.* (1993). Stress among police body handlers: A long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 163, 806-808.
- Armstrong K., O'Callahan W., Marmar C. R.* (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 581-593.
- Beck A., Ward C, Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.* (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Birleson P.* (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rated scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 73-78.
- Bisson J., Deahl M.* (1994). Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress: More research is needed. *British Journal of Psychiatry*, 165, 717-720.
- Bisson J., Jenkins P., Alexander J., Bannister C* (1997). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Blake D. D., Weathers F. W., Nagy A. G. Y.* (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 18, 187-188.
- Blanchard E. B., Hickling E.J., Barton K. A., Taylor A. E., Loos W. R., Jones-Alexander J.* (1996). One-year prospective outcome of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Bordow S., Porritt D.* (1979). An experimental evaluation of crisis intervention. *Social Science and Medicine*, 13a, 251-256.
- Breuer J., Freud S.* (1893). On the psychical mechanism of hysterical phenomena: Preliminary communication. In S. Freud, J. Breuer, *Studies on hysteria* (pp. 53-69). London: Penguin.
- Brewin C R., Andrews B., Rose S., Kirk M.* (1998). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.
- Bunn T., Clarke A.* (1979). Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period of counselling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 191-195.
- Busuttill W., Turnbull G., Neall L., Rollins J., West A., Bland N., Herepath R.* (1995). Incorporating psychological debriefing techniques within a brief group psychotherapy programme for the treatment of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 495-502.
- Chemtob C, Tomas S., Law W., Cremniter D.* (1997). Postdisaster psychosocial interventions: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Deahl M., Gillham A., Thomas J., Searle M., Srinivasan M.* (1994). Psychological sequelae following the Gulf War: Factors associated with subsequent morbidity and the effectiveness of psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, 165, 60-65.

- Derogatis L, Melisaratos N.* (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 3, 595-605.
- nuregrov A.* (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 2, 25-30.
- Vuregrova A.* (1998). Psychological debriefing-an effective method? *Traumatology*, 4(2).
- Everly G. S.Jr., Mitchell J. T.* (1999). Critical incident stress management (CISM): A new era and standard of care in crisis intervention. Ellicott City, MD: Chevron.
- Flannery R. B., Fulton P., Tausch J., DeLoffi A. Y.* (1991). A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 935-938.
- Goldberg D., Hillier V.* (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Harvey A. G., Bryant R. A.* (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Hayman P. M., Scaturro D.J.* (1992). Psychological debriefing of returning military personnel: A protocol for post combat intervention. Paper presented at the 25th International Congress of Psychology, Brussels.
- Hobbs M., Adshead G.* (1996). Preventive psychological intervention for road crash survivors. In M. Mitchell (Ed.), *The aftermath of road accidents: Psychological, social and legal perspectives* (pp. 159-171). London: Roudedge.
- Hobbs M., Mayou R., Harrison B., Warlock P.* (1996). A randomised trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 5/5, 1438-1439.
- Horowitz M., Wilner N., Alvarez W.* (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hyton K., Hasle A.* (1989). Fire fighters: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (Suppl. 355), 50-55.
- Jenkins S. R.* (1996). Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 477-492.
- Kardiner A., Spiegel H.* (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Paul B. Hoeber.
- Kenardy J., Webster R., Lewin T., Can V., Hazell P., Carter G.* (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.
- Lee C, Slade P., Lygo V.* (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaption in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 47-58.
- Lindemann E.* (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- L*mdy J, D., Green B. L., Grace M., Titchener J.* (1983). Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills fire. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 593-610.
- McFarlane A. C.* (1988). The longitudinal course of post-traumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- McFarlane A.* (1989). The prevention and management of the psychiatric morbidity of natural disasters: An Australian experience. *Stress Medicine*, 5, 29-30.
- Marshall S. L.* (1944). *Island victory*. New York: Penguin Books.
- Mitchell J. T.* (1983). When disaster strikes. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

- Mitchell J. T., Everly G. S.* (1995). Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Ellicott City, MD: Chevron.
- Raphael B.* (1977). Preventive intervention with the recently bereaved. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1450-1454.
- Raphael B.* (1986). When disaster strikes: A handbook for caring professions. London: Hutchinson.
- Raphael B., Meldrum L., McFarlane A. C.* (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.
- Reynolds C., Richmond B.* (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Riggs D. S., Rothbaum B. O., Foa E. B.* (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of non-sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 201-213.
- Robinson R., Mitchell J. T.* (1993). Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 6(3), 367-382.
- Rose S.* (1997). Psychological debriefing: History and methods counselling. *Journal of the British Association of Counselling*, 8(1), 48-51.
- Rose S., Bisson J. I.* (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of the literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.
- Rose S., Brewin C R., Andrews A., Kirk M.* (1999). A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29, 793-799.
- Searle M. M., Bisson J. I.* (1992). Psychological sequelae of friendly fire. *Proceedings of Military Psychiatry Conference on Stress, Psychiatry and War*, 78-83.
- Sloan P.* (1988). Posttraumatic stress in survivors of an airplane crash landing. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 211-229.
- Solomon Z., Benbenishty R.* (1988). The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.
- Spielberger C* (1983). *The State-Trait Anxiety Questionnaire: A comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consultant Psychologist Press.
- Stallard P., Law F.* (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life-threatening events. *British Journal of Psychiatry*, 163, 660-665.
- Turner S. W., Thompson J. A., Rosser R. M.* (1989). The King's Cross Fire: Planning a "phase two" psychosocial response. *Disaster Management*, 2, 31-37.
- Wessely S., Rose S., Bisson J.* (1998). A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of posttraumatic stress disorder [CD-ROM]. Oxford, UK: Update Software.
- Yehuda R., McFarlane A. C., Shalev A. Y.* (1998). Predicting the development of post-traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44, 1305-1313.
- Zigmond A. S., Snaith R. P.* (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 67, 361-370.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Барбара Оласов Ротбаум, Элизабет А. Мидоуз, Патриция Ресик, Дэвид У. Фой

Данная глава посвящена обзору опубликованных данных по когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В связи с тем, что объем литературы по этой теме велик, внимание авторов сосредоточено прежде всего на эмпирических исследованиях. На основе проведенного обзора исследований сформулированы предложения по использованию КБТ для лечения ПТСР. Как и в других главах, читателю рекомендуется обращаться к первоисточникам для более детального ознакомления с предметом.

ТЕОРИЯ

КБТ для лечения ПТСР включает множество различных техник. Самые ранние направления (систематическая десенситизация, релаксационный тренинг, биологическая обратная связь) основываются, как правило, на двухфакторной теории обусловливания эмоций страха и оперантного избегания, созданной Моурером. С появлением более поздних направлений (таких, как пролонгиро-^{Ва}нная вскрывающая психотерапия, когнитивная психотерапия, когнитивно-^{Ро}цессуальная психотерапия) эмоционально-информационные теории ПТСР стали превалировать над теорией научения. Социально-когнитивные теории

фокусируются преимущественно на содержании когний индивида, действующего внутри социального контекста. В последнее время была сделана попытка интеграции двух направлений в теории двойной репрезентации Бревина. Остановимся подробнее на упомянутых подходах.

Современная теория научения прежде всего берет в расчет развитие симптомов ПТСР (Hayes et al., 1996; Wilson et al, 1996; Naugle, Follette, 1998). Симптомы повторного переживания травмы и физиологического возбуждения рассматриваются как условные эмоциональные реакции, возникающие по принципу классического обуславливания в ответ на стимулы внешней среды. Согласно бихевиоральной теории, несмотря на то, что первоначально симптомы могут быть вызваны травмой, на последующем этапе они являются следствием попыток индивида справиться с этой травмой. Постепенно такие попытки совладать с дистрессом начинают проявляться в обстоятельствах, не связанных с травмой, и становятся функционально автономными. Избегающее и антисоциальное поведение, а также поведенческий дефицит работают под оперантным контролем. Проблемы могут возникать из-за нарушенного контроля над стимулами, когда реакция соответствует ситуации, однако проявляется на фоне тяжелого эмоционального состояния. Неадаптивное поведение находится под контролем имевших место в прошлом подкрепляющих стимулов, которые оказывают влияние на вероятность возникновения определенных поведенческих реакций. Мысли, чувства и поведенческие реакции определяются как частные проявления предшествующих стимулов. Таким образом, исходя из анализа поведения, фокус лечения может быть сосредоточен не на самой травме, а на неадаптивном поведении, которое является последствием травмы. При этом подверженность условным стимулам при отсутствии негативных последствий рассматривается как погашенная условная эмоциональная реакция. Таким образом, в поведенческой теории, так же как в информационных теориях, техника вскрытия травматического опыта применяется для работы с симптомами повторного переживания травматического опыта и физиологического возбуждения, в то время как управление поведением в непредвиденных обстоятельствах рассматривается как метод работы с симптомами избегания и другими поведенческими проблемами.

Согласно эмоционально-процессуальной теории (Foa, Kozak, 1986), ПТСР возникает вследствие развития патологических структур страха, связанных с травматическим событием (Foa et al, 1989). Эти структуры включают репрезентации стимулов, реакций и их значений. Любая информация, связанная с травмой, активирует структуры страха, которые у людей, страдающих ПТСР, включают довольно большое количество стимулов и, таким образом, достаточно легко активируются. Попытки избежать активации выливаются в симптомы избегания. Согласно эмоционально-процессуальной

теории, успешная терапия ПТСР должна включать коррекцию патологических элементов структур страха. Для редукции страха в терапии планируется провести пациента через два основных состояния. Во-первых, структуры страха должны быть активированы. Во-вторых, должна быть предоставлена новая информация, включающая элементы, несовместимые с патологическими элементами, с целью коррекции последних. Вскрывающие процедуры помогают пациенту конфронтировать с травматическим материалом, активируя тем самым воспоминания о травме. Активация травматических воспоминаний дает возможность интегрировать корректирующую информацию и тем самым модифицировать патологические элементы травматических воспоминаний. Авторами данной теории было проведено важное для терапии ПТСР исследование, показавшее, что специальная активация страха в процессе терапии дает хорошие результаты (Foa et al., 1995).

Фоа и Ротбаум (Foa, Rothbaum, 1998) выделили несколько механизмов, обеспечивающих улучшение состояния пациентов, страдающих ПТСР. Во-первых, повторяющееся переживание травмы в воображении делает травматические переживания более привычными и, таким образом, снижает тревогу, связанную с травматическими воспоминаниями, а также корректирует ложное убеждение в том, что тревога останется навсегда, если не избегать воспоминаний о травме. Во-вторых, процесс осторожной конфронтации со страшными воспоминаниями предотвращает когнитивное избегание мыслей и чувств, напоминающих о травме. В-третьих, повторное переживание травмы в терапевтических, поддерживающих условиях постепенно включает безопасную информацию в травматическую память, давая пациенту возможность осознать, что травматические воспоминания не так опасны. В-четвертых, фокусирование на травматической памяти в течение длительного времени помогает пациенту дифференцировать травматическое событие от других, нетравматических, событий и тем самым рассматривать травму как особое событие, а не как репрезентацию жестокого мира и недостойного Я. В-пятых, процесс повторного проживания травмы в воображении помогает изменить значение симптомов ПТСР: от восприятия себя как некомпетентного и неполноценного к принятию себя, признанию проявления мужества во время травматической ситуации. В-шестых, продолжительное, повторяющееся переживание травматического события дает возможность сосредоточиться на механизмах негативного самовосприятия и изменить эти механизмы. Многие механизмы, описанные здесь, работают также в реальной жизни *in vivo*). Наиболее важным таким механизмом является коррекция ложных оценок вероятности возникновения опасных ситуаций и ставших привычными реакций страха на стимулы, напоминающие травматическое событие. Социально-когнитивные теории также затрагивают процессы обработки информации, однако прежде всего они сфокусированы на влиянии травмы

на систему убеждений индивида и на процесс адаптации, необходимый для согласования травматического события и предшествующих ему убеждений и ожиданий индивида. Данные теории сосредоточены на особенностях эмоциональных реакций, как первичных (страх, печаль, гнев), так и вторичных (стыд, вина). Социально-когнитивные теории являются теоретической основой когнитивной терапии ПТСР. Новая информация, которая соответствует имеющимся у индивида представлениям о себе и окружающем мире, ассимилируется быстро и без специальных усилий, так как она вписывается в когнитивные схемы. Однако когда происходит событие, которое не вписывается в существующие схемы, люди вынуждены согласовывать травматическое событие с системой убеждений о себе и мире. В процессе терапии когнитивные схемы пациентов должны быть изменены, должен пройти процесс аккомодации, включения в них новой информации. При этом люди часто стараются избежать изменения схем из-за тяжелого аффекта, связанного с травмой, и зачастую из-за того, что измененная система убеждений может сделать индивида более уязвимым к будущим травмам. Таким образом, человеку в большей степени свойственно изменить восприятие травматического события (ассимилировать его), чем аккомодировать к травме существующие схемы.

Бывают случаи, когда вместо ассимиляции и аккомодации происходит сверхаккомодация (Resick, Schnicke, 1992). В таком случае пережившие травму меняют систему убеждений в сторону экстремально-негативных представлений с целью предотвратить будущие травмы. В результате сверхаккомодации система убеждений может отражать полное недоверие к людям и негативные образы себя и других. Предшествующие травмирующие события или негативные убеждения, существующие у индивида до травмы, способствуют фиксации экстремальных убеждений. Экстремальные убеждения препятствуют переживанию естественных для травматического события эмоций (страха, печали) и, таким образом, перекрывают дорогу проживанию соответствующих ситуации чувств и коррекции убеждений. Более того, сверхаккомодированные негативные убеждения могут продуцировать вторичные эмоции, которые изначально могли и не возникнуть вследствие данного травматического события (например, стыд и вина). Согласно социально-когнитивной модели, необходимо создать условия для выражения пациентом эмоций с целью полного воссоздания травматических воспоминаний. Предполагается, что травматический аффект, пережитый в терапии, довольно быстро рассеивается и может запустить работу по аккомодации схем вследствие травматического опыта. Как только изменятся представления индивида о травматическом событии и сверхаккомодированные убеждения о себе и о мире, так сразу ослабятся и вторичные эмоции вместе с навязчивыми воспоминаниями.

Пытаясь согласовать теории ПТСР, Бревин с соавт. (Brewin et al., 1996) создали теорию двойной репрезентации, которая объединяет информацион-

о_процессуальную и социально-когнитивную теории ПТСР. Основой теории авторы считают наличие двух способов обработки сенсорной информации: сознательного и бессознательного. Теория двойной репрезентации описывает два типа эмоциональных реакций. Эмоциональные реакции первого типа, проявляющиеся во время травматического события (страх, гнев), активируются вновь при повторных столкновениях со стимулами, напоминающими травму. Другие эмоции (страх, гнев, вина, стыд, печаль) являются вторичными, производными от субъективного значения травмы и ее последствий. Бревин с соавт. пришли к выводу, что эмоциональные процессы при переживании травмы включают два элемента: активацию бессознательных образов из памяти (как постулируется в информационных теориях) и сознательные попытки найти смысл и причину или возложить на кого-то ответственность за происшедшее, а также разрешить конфликт между травматическим событием и предшествовавшими ему ожиданиями и убеждениями. Цель этого процесса состоит в снижении интенсивности негативных эмоций и восстановлении чувства относительной безопасности и контроля над ситуацией. Предполагается, что в определенных случаях необходимо сочетать вскрывающую и когнитивную терапию.

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

Авторами настоящей главы было проанализировано восемь когнитивно-бихевиоральных направлений лечения ПТСР, а также несколько исследований программ лечения, включающих техники одного или нескольких направлений. Краткое описание каждого направления приведено ниже. Техники включали вскрывающую терапию (ВТ); систематическую десенситизацию (СД); тренинг управления стрессом (ТУС); когнитивно-процессуальную терапию (КПТ); когнитивную терапию (КТ); тренинг ассертивности (ТА); биологическую обратную связь (БОС); релаксационный тренинг (РТ); совмещенные ТУС/ВТ; совмещенную ВТ/релаксация/КТ и совмещенную КТ/ВТ

Вскрывающая терапия

В литературе используется множество терминов для описания терапии с по-^мЩью длительного взаимодействия со стимулами, связанными с тревогой, ^тот подход включает «техники наводнения», воображения, «тренинга ^в Реальной жизни» (in vivo), пролонгирования. В данной главе они обозначаются термином «вскрывающая терапия» (ВТ). Как и терапия методом ^Систематической десенситизации, ВТ обычно начинается с разработки иерархии событий, связанных с тревогой. В некоторых формах ВТ (например,

при использовании «техник наводнения») терапевтические сессии начинаются с представления самого тяжелого события в иерархии; в других видах ВТ терапия начинается с событий из средних пунктов иерархии. Все методы ВТ объединяет одна общая черта — положение о том, что продолжительная конфронтация с тревожащими стимулами снижает тревогу. Уменьшение тревоги, в свою очередь, приводит к снижению или исчезновению симптомов избегания, развившихся после переживания тяжелого опыта (Mowrer, 1960). Как уже отмечалось выше, другая концепция механизмов ВТ с применением эмоционально-процессуальной теории тревожных расстройств специально для ПТСР была предложена в работах Фoa, Козак (Foa, Kozak, 1986) и Фoa, Ротбаум (Foa, Rothbaum, 1998).

Как уже было сказано, существует несколько вариантов ВТ. Если применяется ВТ с техниками воображения, клиенты конструируют с травматическими воспоминаниями. Некоторые техники воображения (см., напр.: Foa et al., 1991; Foa et al., 1999) включают рассказ клиента о пережитой травме в мельчайших подробностях в настоящем времени на протяжении 45-60 минут. Терапевт при этом должен следить за тем, чтобы не было пропущенных деталей. Другие формы техник воображения (см., напр.: Cooper et al., 1989) включают представление терапевтом клиенту сцены, в основе которой лежит информация, полученная терапевтом до начала ВТ. Продолжительность ВТ различается, иногда даже в рамках одного исследования. Основные особенности ВТ приведены в таблице 4.1, в которой содержится обобщенная информация по исследованиям КВТ применительно к ПТСР. Таким образом, в большинстве случаев лечение с помощью ВТ включает не только вскрывающие техники, но также и другие компоненты, например психологическое просвещение и релаксационный тренинг. Если лечение сочетает различные компоненты, то большая часть времени уделяется ВТ, другие же элементы обычно рассматриваются как предварительные методы, которые помогают осуществить техники ВТ. Более подробно ВТ для ПТСР описана в работе Фoa и Ротбаум (Foa, Rothbaum, 1998).

Систематическая десенситизация

СД представляет собой сопряженную с релаксацией форму ВТ. Впервые данный метод был предложен Вольпе (Wolpe, 1958). В его основу был положен принцип реципрокного торможения. В частности, предполагалось, что реакции релаксации несовместимы с тревожными реакциями, продуцируемыми вскрывающими техниками; таким образом, краткое представление тревожного стимула прерывалось релаксацией, как только возникала тревога. Спустя какое-то время применение данной техники позволяло клиенту конструировать со стимулами, вызывающими тревогу, без тревожных

Г

реакций. СД наиболее часто применялась при ВТ с использованием техник воображения. Кроме того, при работе *in vivo* (со стимулами из реальной жизни) по результатам исследований СД дает больше улучшений, чем при работе с воображаемыми стимулами (Barlow et al, 1969). Как правило, первые шаги в СД состоят в разработке иерархии тревожащих стимулов: тревожные события выстраиваются по рангам от самого слабого до самого сильного. Перед применением техник СД клиентов обучают релаксации. Когда пациент достигает успехов в релаксации, начинаются вскрывающие техники, каждая из которых прерывается, как только возникает тревога, после чего сменяется релаксацией. После релаксации представление тревожных ситуаций начинается вновь до тех пор, пока пациент не сможет взаимодействовать без тревожных реакций со всеми стимулами из иерархии.

Тренинг управления стрессом

ТУС был создан Мехенбаумом (Meichenbaum, 1974) как способ управления тревогой. Позднее Килпатрик с соавт. (Kilpatrick et al., 1982) модифицировали программу тренинга специально для лечения жертв насилия. Затем последствия насилия были описаны в терминах диагноза ПТСР. Модифицированный ТУС включал предоставление информации, мышечную релаксацию, тренинг дыхания, проигрывание ролей, когнитивное моделирование, диалог с собой и технику остановки мыслей. Некоторые описанные программы ТУС не включают все изначально присущие этому методу техники, например тренинг асертивности, потому что они уже включены в другие формы терапии, которые сравниваются с ТУС. Так, например, в некоторых исследованиях, где сравнивается ТУС и ВТ, клиентам не предлагаются техники конфронтации с пугающими стимулами, хотя в принципе эти техники могут быть включены в состав ТУС, например, в ходе проигрывания ролей. Логическое обоснование ТУС заключается в том, что тревога, возникшая в момент переживания травмы, генерализуется и возникает во многих не связанных с травмой ситуациях. Клиенты обучаются управлять тревогой с помощью новых навыков, снижая таким образом симптоматику тревоги и избегания.

Когнитивно-процессуальная терапия

КПТ была создана Ресик и Шнике (Resick, Shnicke, 1992,1993) с целью терапии жертв насилия, страдающих ПТСР. Она включает элементы когнитивной терапии и вскрывающей терапии. Когнитивный компонент состоит в обучении клиентов изменять проблемные когниции, в частности, самообвинение, в попытке когнитивно переработать травматическое событие. Применяя навык

изменения мыслей и убеждений, клиенты должны прорабатывать сверхгене-рализованные убеждения, явившиеся следствием пережитого насилия. Среди них — убеждения в безопасности, доверии, контроле, уважении и интимности (McCann, Pearlman, 1990). ВТ состоит в создании детального повествования о травме и прочтении его терапевту и самому себе дома вслух. Помимо выражения аффекта, это повествование используется с целью выявления «тупиковой точки» пациента, т.е. момента в процессе насилия, из которого возникает конфликт между предыдущими убеждениями или который наиболее тяжело принимается клиентом. Этим «тупиковым точкам» уделяется особое внимание в процессе когнитивной терапии.

Когнитивная терапия

Впервые КТ была представлена в работах Бека (Beck, 1976) с целью лечения депрессии, а затем получила свое развитие также в лечении тревожных расстройств (Clark, 1986). КТ базируется на теории Бека (Beck, 1976), суть которой состоит в том, что интерпретация события в большей степени, чем само событие, детерминирует психическое состояние индивида. Таким образом, негативные интерпретации ведут к негативным состояниям. Ошибочные интерпретации, обычно обозначаемые как автоматические (дисфункциональные) мысли, как правило, рассматриваются в качестве неточных либо экстремальных объяснений, вызванных соответствующими ситуациями. Целью КТ является изменение автоматических мыслей. Это происходит по специальной программе, клиенты обучаются распознавать дисфункциональные мысли, оспаривать их и, наконец, заменять их на более логичные и адаптивные. В работе с пережившими психическую травму клиентами особое внимание уделяется темам безопасности, доверия и коррекции представлений о собственном Я.

Тренинг асертивности

В основе тренинга лежит положение о том, что уверенность в себе, так же как и релаксация, может снижать тревогу (Wolpe, 1969). В работе Ресик с соавт. (Resick et al., 1988) ТА описывается как групповая психотерапия длительностью 6 недель (по 1 двухчасовой сессии в неделю). В книге Ланге и Яку-бовски (Lange, Jakubowski, 1976) «ответственное асертивное поведение» рассматривается как основа приобретения необходимых навыков и обучения асертивным техникам. Некоторые виды КТ также используются для обучения установлению взаимосвязей между мыслями, эмоциями и поведением, а также для идентификации паттернов ошибочного мышления. В терапии специально прорабатываются межличностные проблемы, возникающие как последствия травмы; терапевт помогает клиенту посредством КТ и ролевых

техник учиться быть ассертивным (а не пассивно-агрессивным) в общении с людьми при обсуждении своего травматического опыта и в просьбах о поддержке.

Биологическая обратная связь и релаксационный тренинг

Применяемые для лечения тревожных расстройств БОС и РТ используются также для терапии ПТСР. Так же как другие методы работы с тревогой, например ТУС, эти методы предлагают клиенту способ снижения тревоги, вызываемой стимулами, связанными с травмой. Оба метода (БОС и РТ) предлагают конкретные средства для снижения реакций тревоги.

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

Информация собиралась различными способами. Во-первых, каждый из четырех авторов данной главы подготовил обзор последних литературных источников по проблеме КБТ для ПТСР. Эти обзоры были созданы с помощью PsycLIT, PsycINFO и PILOT, учитывались статьи и монографии, а также данные, полученные при личном общении с исследователями проблем ПТСР. Четыре обзора были объединены в обобщенное резюме, куда были добавлены самые последние исследования. Были изучены также индивидуальные исследования с целью установить их методологическую верность и валидность полученных результатов. В случаях, когда валидность была установлена, исследования также были включены в обобщенное резюме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ОБЗОРУ ПУБЛИКАЦИЙ

Исследования эффективности психотерапии ПТСР проводились по всем описанным выше направлениям. Результаты исследований приведены в таблице 4.1. Кроме того, существуют отчеты о единичных случаях, а также неконтролируемые исследования, результаты которых также демонстрируют эффективность некоторых направлений. Тем не менее в связи с тем, что эффективность того или иного направления проверяется только контролируемыми исследованиями, неконтролируемые исследования и отдельные случаи не были включены в резюме. В таблице приведены только опубликованные в печатных источниках материалы.

В целях экономии места исследования не описаны во всех деталях. В таблице 4.1 приведена информация, необходимая для понимания того, на какой

Таблица 4.1. Исследования когнитивно-бихевиоральной терапии ПТСР

Исследование	Терапевтический подход ¹	Выборка/ N	Количество/ продолжительность сессий	Результаты	Стандартные критерии ²	Рейтинг ³	Эффективность ⁴
Boudewyns, Nyer(1990)	1. Стандартное лечение ВТ 2. Стандартное лечение + обычное консультирование	Ветераны Вьетнама, + 51	2-14 сессий, 50 мин.	Пациенты, демонстрировавшие улучшение в физиологических реакциях, также улучшили показатели по шкале социальной адаптации в части тревоги/депрессии, отчуждения, общей энергетики, уверенности в себе. ВТ показала 75% успеха, 25% неудачных случаев	1,4,5,6	A	
Bovren, Lambert (1986)	1.СД 2. Отсутствие лечения	Ветераны военных действий, 10	Большое число сессий в течение длительного времени	СД показала значимое снижение симптоматики прошедших терапию по сравнению с не проходившими лечение	1 (отчасти) 2,4 у (отчасти) 6	C	
Brom, Kleber, Defares (1989)	1.СД 2. Гипнотерапия 3. Психодинамическая терапия 4. Группа	Различные травмы основном потер близкого человека 112	i 15 сессий (в СД, я гипноза, 18,8- психодинамической терапии	Все виды лечения оказались лучше, чем группа ожидания	1,5,6	A (» IE	C Д: 1.02 юдифицированный В)

ожидания

Cooper, Clum (1989)	1. Ветераны Стандартное лечение 2. Вьетнама, полных, Стандартное лечение + по VT (16 14 сессий, 90 мин. результаты по 14)	Техники наводнения, 14 сессий, 90 мин.	Стандартное лечение + VT показали лучшие результаты, чем только стандартное лечение по симптоматике, связанной с травмой, объективным и субъективным показателям тревожности в ответ на связанные с травмой стимулы, а также снижение симптомов бессонницы	1,2,4,5 6- 1,2,4,5,7	A B	B Г: 2.15
Deblinger, McLeer, Henry (1990)	1. Девочки, Программа КВТ подвергшие ся сексуально му насилию, 19		Значительное улучшение на посттерапевтическом этапе по сравнению с состоянием до терапии	1,2,4,5,7	B	

Devilley, Spence (1999)	1. P№ 2. КБГ	Различные травмы, 23	1. 8 сессий, продолжительность неизвестна 2. 9 сессий, продолжительность неизвестна	КБТ показала больше улучшений сразу (в основном) в 4,5,6 последующий период, чем ДПДГ	В	КБТ- 0,65 сразу после терапии; 1,03 в последующем (по шкале симптомов ПСТР по сравнению с ДПДГ)
Echeburua, de Corral, Sarasua, Zubizarreta (1996)	1. Релаксация навыков совладения (ТНС) 2. Тренинг (ВТ, релаксация, некоторые компоненты ТУС)	Женщины после недавнего (1-3 мес.) сексуального насилия, 20	5 сессий; длительность 1 час	Обе группы показали примерно одинаковое улучшение сразу после терапии. Через 12 мес. тренинг навыков совладения оказался лучше релаксации	(в А)	ТНС: 0,79 (по Шкале симптомов ПТСР по сравнению с релаксацией)
Echeburua, de Corral, Sarasua, Zubizarreta (1997)	1. Релаксация 2. ВТ/КГ	Женщины после сексуального насилия, 20	6 сессий; 7 часов для ВТ/КГ и 4.15ч для релаксации	Обе группы показали улучшения, однако ВТ/КТ оказались лучше, чем релаксация, то же самое обнаружено в последующем периоде	А	ВТ/КТ: 1.44 (по Шкале симптомов ПТСР по сравнению с релаксацией)
Foa, Dancu, Hembree, Jaycox, Meadows, Street (1999)	1. ВТ 2. ТУС 3. ТУС/ВТ 4. Группа ожидания(ГО)	Сексуальное и физическое насилие	9 сессий по 90 мин.	Все три направления, за исключением ГО, не показали различий по большинству методик. После терапии ВТ продемонстрировала больше улучшений. ВТ также показала наличие улучшений при сравнении групп «ВТ» и «без ВТ»	А	ВТ: 1,9 1ТУС: 1,57 ТУС/ВТ: 1,45 (PSS-I)

Foa, Hearst-lkeda, Perry (1995)	1. Короткая интервенция (КИ: VT/Релаксация/КТ) 2. Контроль оценивания (КО)	Сексуальное насилие, 20 по2часа	4 сессии На	На посттерапевтическом этапе КИ лучше, чем КО. 10% прошедших КИ и 70% прошедших КО имели ПТСР. КИ лучше КО в части депрессивной симптоматики и симптоматики повторного переживания травмы	1,2,3,4,5	A	КИ: 1.22 (PSS-I по сравнению с КО)
Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock (1991)	1. VT 2. ТУС 3. Поддерживающее консультирование 4. ГО	Сексуальное насилие, 45 мин.	9 сессий, 90 В	В посттерапевтическом периоде ТУС был эффективнее, чем поддерживающее консультирование и ГО, и немного лучше, чем VT. Спустя 3 месяца после лечения VT немного эффективнее, чем ТУС	1,2,3,4,5,6,7	A	VT: 0.42 ТУС: 1.48 (PSS-I)

Таблица 4.1. (продолжение)

Исследования	Терапевтический подход	Выборка/ N	Количество/ продолжительность сессий	Результаты	Стандартные критерии ²	Рейтинг ³	Эффективность ⁴
Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes, West (1988)	1.КГ 3.ГО	2.СД Сексуальное насилие, 84	4 недели	СД и КГ показали значимое улучшение в гкхлтерапевтическом периоде по сравнению с ГО, применение СД и КТ по отдельности не обнаружило различий в эффективности между ними	1,2,3,5,7	В	(Эффекта вность не рассчитывалась, потому что группа ожидания была в другом исследовании и из другой выборки)
Frueh, Turner, Beidel, Mirabela, Jones (1997)	1.ВТ 2. ГО	Ветераны войны, мужчины, 15	29 сессий в течение 17 недель, 90 мин.	В результате лечения была снижена тревожность у пациентов	1,2,3,5,7	В	
Hicking, Blanchard (1997)	ТУС/ВТ несколько фрагментов других форм терапии)	(+ Пережившие автокатастрофы, 10	10-12 сессий	Терапия снизила интенсивность симптомов по CAPS на 68%	1,2,5,7	В	
Hyer, Woods, Bruno, Boudewyns (1989)	1.СД	Ветераны Вьетнама с хроническим ПТСР, 50	5 недель	Стабильных улучшений личностным методикам обнаружено	1,2,4	В	

Kean, Fairbank, Caddel, Zimering (1989)	1.ВТ 2. ГО	Ветераны Вьетнама, 24	14-16сессий, от 45 до 90 мин.	от ВТ показала 1,2,4,5,6 значительное улучшение в посттерапевтическом периоде и через 6 месяцев после терапии по симптоматике ПТСР, депрессии, тревожности; кроме того, оценки терапевтом выраженности у пациента пугающих воспоминаний, импульсивности, раздражительности и антисоциальных поступков ниже, чем при ГО	А	ВТ: 0.22 (Шкала ПТСР вММР!)
---	------------	-----------------------------	----------------------------------	---	---	--------------------------------------

Kilpatrick, Veronen, Resick (1982)	1. ТУС 2. Консультирование 3. (СД предлагалась, но никто ее не выбрал)	Сексуальное насилие, 15	ТУС эффективен для 2,5 снижения страха, связанного с насилием, тревожности и симптоматики избегания как сразу после терапии, так и спустя 3 мес.	В	
Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, Thrasher (1998)	1. ВТ 2. ВТ/КТ 3. Релаксация	Различные травмы, 87 (77 полных)	КТ, ВТ, ВТ/КТ 1,2,3,4,5,6,7 эффективнее, чем релаксация, и одинаковы в посттерапевтическом периоде и спустя 6 мес. по большинству, но не по всем показателям диагностических методик. По CAPS ВТ/КТ оказалась хуже, чем каждый вид терапии в отдельности. Релаксация приводит к умеренным улучшениям	А	ВТ: 0.14 КГ: 0.08 АВТ/КТ: - 0,24 (по CAPS; в сравнении с релаксацией)
Peniston, Kulkovsky (1991)	1. СД/ЮС (нейробиологическая обратная связь по ЭЭГ) 2. Традиционное	Ветеран 30 сессий Вьетнам с ФТТСР, 29	СД/БОС привело к 1,2,5,6 снижению показателей по клиническим шкалам MMPI. Группа с традиционным медикаментозным лечением показала снижение только по	А	СД/БОС: 2.50 (по шкале ПТСР MMPI, по сравнению с традиционной медикамент

	медикаментозное лечение				шкале шизофрении. В последующие 3 месяца у всех пациентов, проходивших стационарное лечение, возникли рецидивы. У 3 пациентов из 15, проходивших БОС, также возникли рецидивы	озной психотерапией)
Peniston (1986)	1.ОД/БОС Отсутствие лечения	2. Ветераны, 16	Много сессий в течение длительного времени	в СД/БОС показали 1,5,6	значимое снижение в посттерапевтическом периоде по сравнению с группой без терапии по симптомам ночных кошмаров, флэшбэков, мышечного напряжения	В
Pitman, Or, Altman, Longpre, Poire, Macklin, Michaels Steketee (1996)	1.ВТ	Ветераны Вьетнама (ПТСР), 20	В среднем (6 сессий для 6 человек, 12 сессий для 14 человек)	-10.2	Очевидные улучшения в эмоциональной сфере, однако только у 13% снижение симптоматики по диагностическим методикам; у 26% снижение симптомов вторжения воспоминаний о войне по самоотчету	С

Таблица 4.1. (продолжение)

Исследования	Терапевтический подход ¹	Выборка/ N	Количество/ продолжительность сессий	Результаты	Стандартные критерии ²	Рейтинг ³	Эффективность ⁴
Resick, Schnicke (1992)	1.КБТ 2. ГО	Сексуальное насилие,19	12 сессий	КБТ показала значимое улучшение по симптоматике ПТСР, депрессии и социальной адаптации сразу после терапии и через 6 месяцев. У всех пациентов, прошедших КБТ, спустя 6 месяцев после терапии был снят диагноз	2,3,4,5	В	КБТ: 0.62 (Шкала ПТСР noSCL-90-R)
Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhoefer- Dvorak(1988)	1.ТА 2.ТУС 3. Поддерживающее лечение	Сексуальное насилие, 37	6 недель по одной двухчасовой сессии	Все виды терапии оказались одинаково эффективны	2 (частично), 5,6 (частично)	В	ТА: 0.33 (вторжение) ТА: 0.57 (избегание) УС: 0.07 (вторжение) ТТУС: 0.60 (избегание) - по IES
Richards, Lovell, Marks (1994)	1. (каждый пациент получал НВ и НЖ в равном распределении)	ВТ Различные травмы, 14	8 сессий по 60 мин.	Обе группы продемонстрировали улучшения: у 65-80% снизились симптомы. Сразу после лечения и через 12 месяцев диагноз ПТСР ни одному пациенту поставлен не был.	1,2,5,6	В	БОС:-0.14 Релаксация: 0.20 (навязчивые мысли диагностировались по «Самоотчету о проблемах»

			(Problem Report Form)
		Было обнаружено, что ВТ <i>in vivo</i> более эффективна, чем ВТ, проводимая в воображении	
Silver, Brooks, Obenchain (1995)	<p>1. Ветераны, Терапевтическая среда + БОС 100</p> <p>2. Терапевтическая среда + ДДГ</p> <p>3. Терапевтическая среда + Релаксация 4</p> <p>Терапевтическая среда +(контрольная)</p>	<p>Ни БОС, ни 1,5,6 Релаксация не показали никаких различий с контрольной группой</p>	А

Tamer, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds, Graham, Barrowclogh (1999)	I.KT 2. ВТ	Различные травмы, 62	16 сессий по 1 часу	КГ и ВТ показали одинаковое улучшение сразу после лечения и в отсроченном периоде по сравнению с состоянием до терапии	1,2,3,5,6,9	А	
Thompson, Charlton, Kerry, Lee, Turner(1995)	1.ВТ	Травмированные индивиды	8 сессий	ВТ показала улучшение сразу после лечения: 42% по IOES, 61% по GHQ, 38% по SCL-90, 35% по CAPS	1,2,5,7	В	
Watson, Tuorila, Vickers, Gearhart, Mendez (1997)	1. Релаксация 2. Релаксация + дыхательный тренинг 3. Релаксация + дыхательный тренинг + БОС	Ветераны Вьетнама, 90	10 сессий по 30 мин.	Все группы показали слабое улучшение по некоторым диагностическим методикам - без значимых различий между группами	1,2,5,6	А	Релаксация/Тренинг дыхания: -0,18 Релаксация/БОС: 0,35 по PTSD-I в сравнении с одной релаксацией

¹ Виды терапии: ТА — тренинг ассертивности; БОС — биологическая обратная связь; КБТ — когнитивно-бихевиоральная терапия; ВТ — вскрывающая терапия; НВ — техники наводнения в воображении; НЖ — техники наводнения *in vivo*; СД — систематическая десенситизация; ТУС — тренинг управления стрессом; ДПДГ — десенситизация с помощью движений глаз. ² Критерии золотого стандарта определялись по анализу публикаций, в таблице приведены только те критерии, которые отражены в публикациях: (1) четко описанные симптомы; (2) надежные и валидные методики измерений; (3) независимая экспертиза; (4) тренинг экспертов; (5) четко описанные программы лечения; (6) непредвзятое (случайное) формирование исследуемой совокупности; (7) четкое соблюдение условий терапии.

³ Типы исследований: А — рандомизированные контролируемые исследования; В — исследования, выполненные без рандомизации и плацебо-контроля; С — вспомогательные исследования, смешанные с клиническим наблюдением.

⁴ Выделенные жирным шрифтом пункты означают наличие в исследовании групп сравнения. Пункты в скобках означают наличие методик диагностики ПТСР, по которым осуществлялся расчет эффективности.

методологической базе построено исследование и, соответственно, насколько обоснованы его результаты, включая рейтинги золотого стандарта, а также оценки Агентства по политике здравоохранения и исследованиям (Agency for Health Care Policy and Research — АНСРР). Для более полного ознакомления с проблемой читатель может обратиться к работе Фoa и Мидоус (Foa, Meadows, 1997), в которой исследования эффективности терапии ПТСР анализируются в рамках золотого стандарта для клинических исследований. Золотой стандарт включает: (1) четко описанные симптомы, на которые направлено лечение; (2) надежные и валидные методики измерений; (3) независимую экспертизу; (4) тренинг экспертов; (5) четко описанные специальные программы лечения; (6) непредвзятое (случайное) формирование исследуемой совокупности; (7) четкое соблюдение условий терапии. Многие из описанных исследований КБТ соответствуют этим требованиям по части методологии. Обсуждение исследований ведется по применяемым техникам. Исследования, обозначенные как «очень хорошо контролируемые» или «методологически строгие», соответствуют уровню А по шкале АНСРР и отвечают всем или почти всем требованиям золотого стандарта. Результаты данных исследований в высшей степени обоснованы. Исследования, обозначенные как «менее контролируемые», соответствуют уровню В по шкале АНСРР и расположены ниже золотого стандарта. Выводы, сделанные в этих работах, считаются менее обоснованными, чем в хорошо контролируемых исследованиях. Наиболее слабыми считаются результаты неконтролируемых исследований.

Вскрывающая терапия

Вскрывающая терапия изучалась в 12 исследованиях, приведенных в таблице 4.1. Во всех работах было получено подтверждение эффективности ВТ для терапии ПТСР. Восемь контролируемых исследований соответствуют рейтингу А по АНСРР, а некоторые из них соответствуют большинству критериев золотого стандарта для клинических исследований (Foa, Meadows, 1997). Данные факты еще раз подчеркивают эффективность ВТ для лечения ПТСР. Четыре исследования ВТ при лечении ветеранов войны во Вьетнаме были контролируемы, и два — неконтролируемы. Кин с соавт. (Keane et al., 1989) в своем исследовании сравнивали состояние 24 ветеранов, прошедших ВТ, с контрольной группой и обнаружили значимые улучшения по симптоматике повторного переживания травматического события. Купер и Клам (Cooper, Clum, 1989) сравнивали ВТ и стандартное лечение 14 пациентов и показали, что после ВТ у пациентов снижается посттравматическая симптоматика. Баудевинс и Хиер (Boudewyns, Hier, 1990) сравнивали ВТ с традиционным лечением 51 ветерана и обнаружили, что 75% из тех, чье состояние улучшилось вследствие терапии, получали именно ВТ. Глин с соавт. (Glynn

et al., 1999) сравнивали ВТ, применяемую отдельно, ВТ в сочетании с бихевиоральной семейной терапией и отсутствие терапии (контрольную группу). Было показано, что обе группы, получающие ВТ, демонстрировали улучшения по сравнению с контрольной группой. В исследовании, проводимом без контрольной группы (Frueh et al., 1996), было показано, что лечение с помощью ВТ снизило симптоматику тревоги у 15 ветеранов. Питман и др. (Pitman et al., 1996) получили такие же результаты по применению ВТ в исследовании без контрольной группы. Однако они показали, что ВТ лучше подходит для терапии посттравматических симптомов, развившихся вследствие событий, влекущих за собой чувство вины, чем вследствие событий, вызывающих тревожные реакции. В случае последних ВТ может и не дать позитивных результатов. Таким образом, пять из шести исследований терапии ветеранов войны во Вьетнаме с помощью ВТ продемонстрировали позитивные результаты, четыре из этих исследований проведены по контролируемому плану.

Два хорошо контролируемых исследования ВТ были проведены на выборках женщин, переживших сексуальное насилие (Foa et al., 1991, 1999). Оба исследования соответствуют рейтингу А по АНСРР и отвечают всем критериям золотого стандарта для клинических исследований. В первом из них сравнивались результаты ВТ и ТУС, поддерживающего консультирования, а также контрольной группы из 45 женщин, переживших сексуальное насилие, страдающих ПТСР. Во втором исследовании ВТ сравнивалась с ТУС, с ВТ и ТУС одновременно, а также с контрольной группой из 78 женщин, переживших сексуальное насилие и страдающих ПТСР.

В четырех исследованиях изучалась эффективность ВТ на смешанной выборке пациентов, переживших различные виды травм. Два исследования были хорошо контролируемы (Marks et al., 1998; Targier et al., 1999), и два — среднеконтролируемы (Richards et al., 1994; Thompson et al., 1995). В исследовании Маркса с соавт. ВТ сравнивалась с КТ, с одновременным применением ВТ и КТ, а также с релаксацией у 77 пациентов. Три активных вида терапии оказались эффективнее, чем релаксация. В исследовании Тарриера с соавт. сравнивалась ВТ с помощью воображения и КТ у 72 пациентов. Было показано, что оба вида терапии одинаково эффективны для снижения симптомов по сравнению с дотерапевтическим периодом, хотя общий эффект оказался меньше, чем в других исследованиях. В исследовании Ричардса и др. была сделана попытка сравнить два направления ВТ: ВТ в воображении и ВТ *in vivo* (в реальной жизни). Результаты показали, что оба вида ВТ ведут к улучшению состояния с той лишь разницей, что ВТ *in vivo* более эффективна для лечения фобического избегания, чем ВТ в воображении. В исследовании Томпсона и др. ВТ оказалась эффективной для 23 пациентов, переживших различные виды травм, однако в этом исследовании не было контрольной группы.

Таким образом, сравнительный анализ данных по различным исследованиям свидетельствует об эффективности ВТ. Ни одно другое направление терапии не имеет столь убедительных свидетельств эффективности.

Систематическая десенсилизация

Эффективность СД при посттравматических реакциях изучалась в шести исследованиях, при этом следует отметить, что во всех работах есть методологические недостатки. Единственное хорошо контролируемое исследование — работа Брома с соавт. (Brom et al., 1989). Проводилось сравнение СД, гипнотерапии и психодинамической терапии при наличии контрольной группы у 112 пациентов, переживших различные травмы. Отличий в эффективности СД от других видов терапии обнаружено не было. К сожалению, в данном исследовании далеко не все виды травматических событий отвечали критерию DSM, и большое число таких событий было связано с потерей любимого человека.

В четырех исследованиях изучалось применение СД для терапии ветеранов войны во Вьетнаме; к сожалению, ни одно из них не имело контрольной группы. Боуэн и Ламберт (Bowen, Lambert, 1986) обнаружили, что СД приводит к изменениям в посттерапевтическом периоде по сравнению с дотерапевтическим у 10 ветеранов, при этом было проведено много сессий в течение длительного промежутка времени. Пенистой и Кулковски (Peniston, Kulkow-sky, 1991) на выборке из 29 ветеранов использовали 30 сеансов биологической обратной связи по ритмам мозга и сравнивали результаты с результатами группы, получавшей традиционное медикаментозное лечение. Было показано значимое снижение симптоматики по шкалам MMPI. Однако исследования Пенистона недавно были подвергнуты жесткой критике (Graap, Freid, 1998), которая поставила под вопрос валидность полученных данных. В другом исследовании (Hyer et al., 1989) не было обнаружено улучшений по личностным методикам спустя 5 недель после СД на выборке из 50 ветеранов войны во Вьетнаме. Единственное исследование СД, проведенное на выборке женщин, пострадавших от насилия, показало наличие улучшений после 4 недель СД, которые значимо не отличались от результатов КТ (Frank et al., 1988). Однако результаты этого исследования ставятся под сомнение, поскольку время, прошедшее после травматизации, было очень невелико (следовательно, симптоматика могла снизиться сама собой). Кроме того, в исследовании не использовались методики диагностики ПТСР и из описания не вытекает, что все испытуемые относились к одной и той же выборке.

Таким образом, хотя в нескольких исследованиях было показано, что СД является эффективным подходом при лечении ПТСР, эти исследования, как правило, не имели контрольных групп, и в ряде случаев можно поставить

/

под вопрос валидность полученных данных. Следовательно, можно говорить о том, что СД не получила четких свидетельств в пользу ее эффективности в хорошо контролируемых исследованиях. Этот подход сильно уступает ВТ, применяемой без релаксации.

Тренинг управления стрессом

В четырех исследованиях изучалась эффективность ТУС в работе с женщинами, пережившими сексуальное насилие. Два исследования были контролируемы и имеют рейтинг А по АНСРР (Foa et al., 1991, 1999), а два были в меньшей степени контролируемы. В первом исследовании Фoa, описанном ранее, сравнивались ТУС с ВТ, консультированием и контрольной группой, не получавшей лечения, во втором исследовании — ТУС отдельно, ВТ отдельно и оба метода вместе сравнивались с контрольной группой. Оба исследования показали, что 90-минутные сеансы ТУС были эффективны для снижения ПТСР-симптоматики и связанных с ПТСР симптомов. В менее контролируемом исследовании было показано, что ТУС также эффективен, как консультирование (Kilpatrick, Veronen, Resick, 1982), ТА и поддерживающая терапия (Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhofer-Dvorak, 1988).

Таким образом, все четыре исследования свидетельствуют об эффективности ТУС, однако только два из них удовлетворяют требованиям контролируемого исследования. Кроме того, все исследования проведены на выборках женщин, переживших сексуальное насилие, что оставляет открытым вопрос об эффективности ТУС при работе с другими видами травм.

Когнитивно-процессуальная терапия

Исследованию КПТ посвящена только одна работа (Resick, Schnicke, 1992). КПТ оказалась эффективным методом снижения ПТСР-симптоматики у 19 женщин, пострадавших от сексуального насилия, по сравнению с контрольной группой. Данное исследование отвечает четырем критериям золотого стандарта и имеет рейтинг В по АНСРР ввиду отсутствия рандомизации. КПТ создана специально для лечения женщин, переживших сексуальное насилие и, следовательно, должна быть специально модифицирована для работы с другими видами травм.

Когнитивная терапия

Применение КТ в лечении ПТСР изучалось в трех исследованиях, два из которых были рассмотрены ранее (Frank et al., 1988; Marks et al., 1998). Исследование Маркса с соавт. хорошо контролируемое и имеет рейтинг А по АНСРР-

В нем на выборке из 77 пациентов, переживших различные виды психических травм, не было найдено различий в эффективности между КТ, ВТ либо их совместного использования, однако все три оказались более эффективными, чем релаксация. Фрэнк с соавт. не нашли различий между эффективностью КТ и СД, однако оба подхода продемонстрировали улучшения по сравнению с контрольной группой. Однако данное исследование имеет ряд методологических недочетов. Следует отметить, что КПТ имеет большой когнитивный компонент. Тарриер с соавт. (Tarrrier et al., 1999) проводили сравнение КТ и ВТ на выборке из 62 человек, переживших различные травмы, и пришли к выводу об одинаковой эффективности этих подходов в плане улучшения состояния после терапии по сравнению с дотерапевтическим периодом.

Таким образом, КТ оказалась эффективной для снижения посттравматических симптомов в двух хорошо контролируемых исследованиях.

Тренинг ассертивности

Применение ТА для терапии ПТСР изучалось только в одном исследовании (Resick et al., 1988). Было показано, что нет существенной разницы между сравниваемыми в исследовании терапевтическими подходами, используемыми для женщин, переживших сексуальное насилие. Данное исследование имеет рейтинг В по АНСРР, это — показатель отсутствия веских свидетельств в пользу эффективности ТА для терапии ПТСР.

Биологическая обратная связь и релаксационный тренинг

Эффективность БОС изучалась только в одном контролируемом исследовании (Silver et al., 1995), в котором БОС сравнивалась с десенситизацией с помощью движений глаз (ДПДГ) в сочетании с терапевтической средой и релаксацией на выборке из 100 ветеранов войны во Вьетнаме. БОС оказалась неэффективной, тогда как ДПДГ продемонстрировала большую эффективность.

Релаксация обычно включается как контрольная переменная и показывает меньшую эффективность, чем сравниваемые направления (Echenburua et al., 1996; Echenburua et al., 1997; Marks et al., 1998; Silver et al., 1995).

Таким образом, БОС и релаксация не имеют свидетельств в пользу эффективного использования в терапии ПТСР.

Совмещенные подходы

Комбинированные виды терапии (например, ВТ, совмещенная с ТУС) не продемонстрировали более значительных улучшений по симптоматике ПТСР

/

и связанных с ним симптомов в сравнении с одиночными видами терапии (Foa et al., 1999; Marks et al., 1998). Было показано, что они эффективны в сравнении с контрольной группой для женщин, пострадавших от сексуального насилия, при проведении терапии сразу после инцидента (это не позволяет говорить о соблюдении критериев ПТСР) (Foa et al., 1995), а также в сравнении с релаксационным тренингом (Echenburua et al., 1997). В неконтролируемых исследованиях совмещенные подходы были эффективны на выборке из 19 девушек, переживших сексуальное насилие (Deblinger et al., 1990), и на выборке из 10 человек, переживших автомобильные аварии (Blanchard, Hicking, 1997). Таким образом, совмещенные подходы демонстрируют свою эффективность для терапии ПТСР, однако, как правило, не большую, чем применение одиночных техник.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

в сравнении с терапией с помощью движений глаз

Девили и Спенс (Devily, Spence, 1999) сравнили КБТ, которая включала длительную ВТ в воображении, ТУС и КТ с ДПДГ (подробнее об этом исследовании см. в главе 7) на выборке мужчин и женщин, страдающих ПТСР после различных травм. Все пациенты получали по девять терапевтических сеансов каждого вида терапии. Результаты показали, что КБТ оказалась по статистическим и клиническим оценкам значительно эффективнее, чем ДПДГ как сразу после терапии, так и в последующий период. Хотя оба вида терапии одинаково оценивались пациентами как дистрессовые, КБТ связывалась с большими надеждами на позитивные изменения.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Сравнительный анализ многочисленных исследований, посвященных изучению различных направлений терапии, показал, что ВТ имеет наибольшее число исследований в целом и хорошо контролируемых исследований в частности, которые подтверждают эффективность ВТ для лечения ПТСР. ВТ изучалась в 12 исследованиях, приведенных в таблице 4.1. Во всех исследованиях были получены позитивные результаты применения ВТ для лечения ПТСР. Как правило, исследования были хорошо контролируемы, 8 из них соответствуют рейтингу А по АНСРР и нескольким критериям золотого стандарта для клинических исследований (Foa, Meadows, 1997); таким образом, выводы об эффективности ВТ весьма убедительны. В одном исследовании ВТ продемонстрировала большую эффективность, чем ТУС и ТУС/продолжительная ВТ. Кроме того, эффективность ВТ была проверена на выборках, в которые

входили пациенты после различных травм. Об эффективности ВТ свидетельствует самое большое число исследований по сравнению с другими видами терапии. Таким образом, мы настоятельно рекомендуем использовать ВТ при лечении ПТСР в случаях, если не показаны другие виды лечения. Таким образом, свидетельства в пользу ВТ наиболее убедительны, так как они основаны на грамотно проведенных исследованиях с участием индивидов, переживших различные виды травм. Никакое другое направление не имеет столь значительных оснований для применения в терапии ПТСР.

Все четыре исследования, изучающие ТУС, подтвердили его эффективность, однако только два из них были хорошо контролируемы. Кроме того, все исследования проведены на выборках женщин, переживших сексуальное насилие, следовательно, вопрос об использовании ТУС в работе с пациентами, пережившими другие травмы, остается открытым. Применение ТУС при других видах травм специально не изучалось, однако это не позволяет утверждать, что ТУС в этих случаях не подходит. Использование КПТ было эффективным в единственном опубликованном исследовании. При этом, поскольку изначальной целевой направленностью КПТ была область сексуальных травм, не рекомендуется использовать ее в работе с другими пациентами без специальных модификаций. КТ продемонстрировала эффективность в снижении симптоматики ПТСР в двух контролируемых исследованиях. ТА не получил поддержки в плане использования для терапии ПТСР. СД также не рекомендуется, и ее следует заменять ВТ. БОС также не продемонстрировала эффективности в лечении ПТСР, и ее использование не рекомендуется. В одном исследовании была продемонстрирована эффективность релаксации, однако гораздо меньшая, чем ВТ, КТ и совмещение ВТ и КТ. В другом исследовании было показано, что релаксация эффективна только для снижения симптоматики физиологического возбуждения у пациентов, недавно подвергшихся влиянию травмы. БОС и релаксация могут использоваться как компоненты для управления тревогой, входящие в более полные программы лечения, однако самостоятельно они не обладают эффективностью в терапии ПТСР и, следовательно, не рекомендуются для проведения.

ОГРАНИЧЕНИЯ

Каждый из рассмотренных подходов имеет ограничения в применении, в которые входят следующие:

1. *Вскрывающая терапия.* Некоторые люди, пережившие травмы, сопротивляются конфронтации с травматическими воспоминаниями и не мо-

гут терпеть тревогу и временное усиление симптомов, которое может сопровождать конфронтацию с травмой. Следовательно, не каждый пациент может проходить ВТ. Существует точка зрения, что ВТ неэффективна для пациентов, которые своими действиями нанесли кому-либо вред, т.е. в случаях, когда основной эмоцией является чувство вины (Pitman et al, 1991). Кроме того, существует мнение, что индивиды, у которых преобладают эмоции гнева, в меньшей степени улучшают свое состояние в процессе ВТ, нежели те, кто испытывает, преимущественно, тревожную симптоматику (Foa et al, 1995). Несмотря на это ВТ имеет высокую эффективность для лечения ПТСР и, следовательно, должна рассматриваться как основное направление при отсутствии противопоказаний. В посвященной ВТ работе (Litz et al., 1990) специально обсуждается, для каких пациентов и в каких случаях следует использовать ВТ.

2. *Систематическая десенсилизация.* Основываясь на исследованиях, показавших, что длительная терапия превосходит по результатам краткосрочную, а также на том, что релаксация во время повторного переживания травмы не увеличивает эффективности терапии, СД сильно проигрывает по сравнению с ВТ.

3. *Тренинг управления стрессом.* Как показывают приведенные данные, ТУС исследовался только в терапии женщин, переживших насилие. Таким образом, эффективность ТУС в отношении ПТСР, вызванного другими видами травм, не выявлена. Некоторые элементы ТУС могут не подходить определенным пациентам (например, релаксация может приводить к индуцированию тревоги). Поскольку структура ТУС сложна и содержит большое количество компонентов, терапевты должны проходить серьезный тренинг.

4. *Когнитивно-процессуальная терапия.* КПТ была специально разработана для лечения пострадавших от насилия. Следовательно, она не подходит для лечения ПТСР, вызванного другими травмами. Данные исследований показывают, что изучение КПТ проводилось именно на тех выборках, на которых шла разработка этого терапевтического подхода. Необходимы дополнительные исследования эффективности КПТ.

5. *Когнитивная терапия.* В настоящем разделе рассмотрены три исследования КТ, в том числе два хорошо контролируемых, и все они свидетельствуют об ее эффективности. Следовательно, КТ показана при ПТСР. Однако многие исследователи ПТСР уверены, что необходимо включать ^в КТ элементы вскрывающей терапии.

6. *Тренинг асертивности.* ТА изучался только в одном исследовании, которое было плохо контролируемым и проводилось только на выборке Женщин, переживших сексуальное насилие. Следовательно, чтобы дать заключение о целесообразности ТА для ПТСР, необходимы дополнительные

исследования. В целом ТА может рассматриваться скорее как компонент терапии, чем как отдельный терапевтический подход.

7. *Биологическая обратная связь.* Эффективность БОС изучалась только в одном исследовании. Поэтому необходимы дополнительные исследования для определения ее эффективности в терапии ПТСР. По имеющимся в нашем обзоре данным, БОС не эффективна при работе с ПТСР.

8. *Релаксация.* Релаксация может приводить к индуцированию тревоги у некоторых пациентов. Она показала меньшую эффективность по сравнению с другими видами терапии, однако дает небольшой позитивный эффект в работе с симптоматикой физиологического возбуждения. В целом релаксация не рекомендуется для терапии ПТСР.

9. *Совмещенные программы.* Совмещенные программы не продемонстрировали большей эффективности, чем одиночные подходы. Данный вывод может объясняться сокращением времени, отводимого на каждый компонент, однако эта гипотеза требует специальной проверки. Совмещенные программы, как правило, сложны для осуществления.

НАПРАВЛЕНИЯ БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В рассмотренных исследованиях специально не анализировались вопросы коморбидности, хотя во многих работах отражено снижение симптоматики депрессии и тревоги в дополнение к снижению симптомов ПТСР. Снижение коморбидных с ПТСР симптомов было получено при использовании ВТ, СД, ТУС, КПП и совмещенных подходов. Как правило, сопровождающие ПТСР состояния зависимости не анализировались, так как испытуемые с зависимостями не включались в исследовательские выборки. Многие исследования были сосредоточены только на одном виде травмы, например, насилии, а также на пациентах, которые проходили терапию исключительно амбулаторно. Данные замечания, ограничивающие возможность переноса результатов исследования на более обширные группы, следует учесть в будущих исследованиях. Предварительное мнение, основанное на анализе случая, говорит о том, что перспективным направлением является ВТ в виртуальной реальности (Rothbaum et al., 1999), однако этот подход нуждается в специальном контролируемом исследовании. На основании проведенного обзора можно сказать, что нет ни одного исследования, сравнивающего когнитивно-бихевиоральную терапию с психофармакологическим лечением. А между тем такие данные очень нужны. Все это свидетельствует о том, что необходимо проводить исследования эффективных направлений терапии ПТСР.

БЛАГОДАРНОСТИ

Написание данной главы частично поддержано грантами Nos. NIMH 1R21MH55555-01, NIMH 1R01MH56351-01, NIMH 1R41MH58493-01, полученным Барбарой Оласов Ротбаум и NIH-1-R01-MH51509, полученным Патрицией Ресик. Мы благодарим Келли Филипса, Лауру Дриер, Джоша Скрибнера и Дуга Фогеля за оказанную помощь.

ЛИТЕРАТУРА

Barlow D. H., Leitenberg H., Agras W. S., Wincze J. P. (1969). The transfer gap in systematic desensitization: An analogue study. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 191-196.

Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Boudewyns P A., Hyer L. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veterans: PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.

Bowen G. R., Lambert J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. 2, pp. 280-291). New York: Brunner/Mazel.

Brewin C R., Dalgleish T., Joseph S. (1996). A dual representational theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.

Brom D., Kleber R.J., Defares P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Clark D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.

Cooper N. A., Clum G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 3, 381-391.

Deblinger E., McLeer S. V., Henry D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering from posttraumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.

Devilly G.J., Spence S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of post traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-158.

Echeburua E., de Corral P., Sarasua B., Zubizarreta I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.

Echeburua E., de Corral P., Zubizarreta I., Sarasua B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.

Foa E. B., Dancu C V., Hembree E. A., Jaycox L. H., Meadows E. A., Street G. P. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.

- 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., Kozak M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa E. B., Meadows E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. In J. Spence, J. M. Darley, D.J. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 48, pp. 449-480). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Foa E. B., Riggs D. S., Massie E. D., Yarczower M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa E. B., Rothbaum B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa E. B., Rothbaum B. O., Riggs D., Murdock T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa E. B., Steketee G., Rothbaum B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Frank E., Anderson B., Stewart B. D., Dancu C, Hughes C, West D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Frueh B. C, Turner S. M., Beidel D. C. C, Mirabella R. F, Jones W.J. (1996). Trauma management therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 533-543.
- Glynn S. M., Eth S., Randolph E. T., Foy D. W., Urbatis M., Boxer L., Paz G. B., Leong G. B., Firman G., Salk J. D., Katzman J. W., Crothers J. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 243-251.
- Hayes S. C, Follette W. C, Follette V. M. (1996). Behavior therapy: A contextual approach. In A. S. Gurman, S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice* (pp. 128-181). New York: Guilford Press.
- Hayes S. C, Wilson K. G., Gifford E., Follette V. M., Strosahl K. D. (1996) Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hickling E.J., Blanchard E. B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
- Hyer L., Woods M. G., Bruno R., Boudewyns P. (1989). Treatment outcomes of Vietnam veterans with PTSD and the consistency of the MCMI. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 547-552.
- Graap K., Friedes D. (1998). Regarding the data basis for the Peniston Alpha-Theta protocol. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 23, 265-275.
- Keane T. M., Fairbank J. A., Caddell J. M., Zimering R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.

- Opatrick D. G., Veronen L.J., Resick P. A.* (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D. M. Dolays, R. L. Meredith (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473-497). New York: Plenum Press.
- langAJ.JakubowskiP.* (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, IL: Research Press.
- litz B. T., Blake D. D., Gerardi R. G., Keane T. M.* (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 13, 91-93.
- Marks L, Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S.* (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- McCann I. L., Pearlman L. A.* (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- MeichenbaumD.* (1974). Self-instructional methods. In F. H. Kanfer, A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 357-391). New York: Pergamon Press.
- Mowrer O. A.* (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Naugle A. E., Follett W. C.* (1998). A functional analysis of trauma symptoms. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 48-73). New York: Guilford Press.
- Peniston E. G.* (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans' post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback Health*, 9, 35-41.
- Peniston E. G., Kulkosky P.J.* (1991). Alpha-theta brainwave neuro-feedback therapy for Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Medical Psychotherapy: An International Journal*, 4, 47-60.
- Pitman R. K., Altman B., Greenwald E., Longpre R. E., Macklin M. L., Poire R. E., Steketee G. S.* (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Pitman R. K., On S. P., Altaian B., Longpre R. E., Poire R. E., Macklin M. L., Michaels M.J., Steketee G. S.* (1996). Emotional processing and outcome of imaginal flooding therapy in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 409-418.
- Resick P. A., Jordan C. G., Girelli S. A., Hutter C. K., Marhoefer-Dvorak S.* (1988). A comparative victim study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick P. A., Schnicke M. K.* (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Resick P. A., Schnicke M. K.* (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Richards D. A., Lovell K, Marks L M.* (1994). Post-traumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Rothbaum B. O., Hodges L., Alarcon R., Ready D., Shahar F., Graap K., Pair J., Hebert P., Gotz D., Wills B., Baltzell D.* (1999). Virtual reality exposure therapy for PTSD Vietnam veterans: A case study. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 263-271.
- Silvers. M., Brooks A., Obenchain J.* (1995). Treatment of Vietnam war veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342.

Tarrier N., Pilgrim H., Sommerfield C, Faragher B., Reynolds M., Graham E., Barrowclough C. (1999). A randomised trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic post traumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67, 13-18.

Thompson J. A., Charlton P. F. C, Kerry R., Lee D., Turner S. W. (1995). An open trial of exposure therapy based on deconditioning for post-traumatic stress disorder. British Journal of Clinical Psychology, 34, 407-416.

Watson C G., Tuorila J. R., Vickers K. S., Gearhart L. P., Mendez C. M. (1997). The efficacies of three relaxation regimens in the treatment of PTSD in Vietnam War veterans. Journal of Clinical Psychology, 53, 917-923.

Wolpe J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe J. (1969). Oxford, UK: Pergamon Press. The practice of behavior therapy.

Психофармакотерапия

Мэтью Дж. Фридман, Джонатан Р.Т. Дэвидсон, Томас А. Меллман, Стивен М. Саусвик

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ РАМКИ

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой сложное расстройство, которое связано с возникновением устойчивых глубоких нарушений функционирования ряда психобиологических систем, ответственных за важнейшие процессы жизнедеятельности (Friedman, 1999; Friedman et al., 1995; Rasmusson, Charney, 1997; Yehuda, McFarlane, 1997). Говоря об этих фундаментальных психобиологических системах, подвергающихся изменениям, следует отметить, что ПТСР, возможно, не сводится к унитарному психобиологическому нарушению, но возникает как результат действия множества разнообразных механизмов (подобно тому, как это происходит при лихорадке или отеке). Согласно другой точке зрения, существуют различные психобиологические подтипы ПТСР. Однако в любом случае, как отмечают исследователи, именно по причине комплексного характера этого расстройства не существует какой-либо единой физиологической модели, которая была бы приложима к ПТСР и объясняла бы все многообразие проявлений этого заболевания (Rasmusson, Charney, 1997).

В таблице 5.1 представлены психобиологические нарушения, которые возникают при ПТСР. Приведенная в таблице информация дает возможность понять, почему те или иные лекарственные средства оказывают терапевтический эффект. На основании этой информации могут определяться направления

Таблица 5.1. Психобиологические нарушения, предположительно связанные с ПТСР
Предполагаемое психобиологическое нарушение **Возможный клинический эффект**

Адренергическая гиперреактивность	Гипервозбуждение, навязчивое переживание травматических событий, диссоциация, гнев/агрессия, нарушение процессов переработки информации/запоминания, тревога/паника
Усиленная гипоталамо-гипофизарно-адренортикальная негативная обратная связь	Нетолерантность к стрессу
Нарушение опиоидной регуляции	Блокирование эмоциональных реакций
Повышенный уровень кортикотропного рилизинг-фактора	Гипервозбуждение, навязчивое переживание травматических событий, тревога/паника
Сенсibilизация/повышенная раздражимость	Гипервозбуждение, навязчивое переживание травматических событий
Нарушение регуляции глутаматергической регуляции	Диссоциация, нарушение процессов переработки и запоминания информации
Нарушение регуляции серотонергической регуляции	Блокирование эмоциональных реакций, навязчивое переживание травматических событий, гипервозбуждение, слабая модуляция стрессовых реакций и сопутствующие этому симптомы (гнев, агрессивность, импульсивность, депрессия, тревога/паника, навязчивые мысли, зависимость или злоупотребление лекарственными средствами)
Повышенная тиреоидная активация	Гипервозбуждение

разработки новых лекарственных препаратов, специально предназначенных для лечения ПТСР. В принципе эти усилия должны привести к упорядочиванию фармакотерапии, поскольку в этом случае те или иные классы лекарственных средств будут подбираться по критерию специфического воздействия на определенные психобиологические системы. Рассуждая о перспективах развития фармакотерапии для ПТСР, нужно отдавать себе отчет в том, что большая часть имеющихся у нас сведений относительно психофармакотерапии ПТСР основана на данных по применению известных антидепрессантов и анксиолитиков, а не специальных лекарств, действие которых направлено на предполагаемые нейробиологические механизмы, лежащие в основе патофизиологии ПТСР.

Некоторые из представленных в таблице 5.1 психобиологических нарушений хорошо изучены (например, адренергическая гиперреактивность и усиленная гипоталамо-гипофизарно-адренортикальная негативная обратная связь). Другие эмпирически изучены слабо или имеют статус теоретических гипотез и на данный момент могут рассматриваться только умозрительно. Это большая и быстро развивающаяся область исследования—более подробную информацию о которой можно получить из ряда других

источников (см., напр.: Friedman, 1999; Friedman et al., 1995; Yehuda, McFarlane, 1997). Здесь же мы очень кратко остановимся на результатах тех современных исследований, которые могут оказаться полезными для фармакологического лечения ПТСР.

Адренергическая гиперреактивность, видимо, связана с высоким уровнем возбуждения, повторным переживанием травматических событий, симптомами тревоги и паники, а также, возможно, с диссоциацией, яростью/агрессией. Механизмы адренергической системы играют также ключевую роль в переработке травматических воспоминаний. Адренергическая гиперреактивность может быть снижена α -2 адренергическими агонистами (такими, как клонидин) и β -адренергическими антагонистами (такими, как пропранолол). К опосредованному подавлению адренергической активности приводят также трициклические антидепрессанты (ТЦА) и ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО). Как было показано в ходе исследований лечения панических расстройств, клинически значимые антиадренергические эффекты могут быть получены от применения как антидепрессантов, так и ингибиторов МАО.

1. Усиленная гипоталамо-гипофизарно-адренортикальная негативная обратная связь является хорошо изученным нарушением, не связанным со специфическими клиническими отклонениями. Выдвигается предположение, что это нарушение может быть сопряжено с низкой толерантностью к стрессу, как это наблюдается у пациентов с ПТСР, однако подтверждений этой гипотезы не получено. Лекарственные препараты, действующие на адренергическую систему, могут восстанавливать нормальное функционирование гипоталамо-гипофизарно-адренортикального комплекса.

2. Как предполагается, нарушение опиоидной регуляции может быть связано с блокированием психических реакций. В одном из исследований наркотические антагонисты приводили к снятию психического оцепенения у одних пациентов, в то время как у других пациентов появлялись симптомы гипервозбуждения и навязчивого переживания травматических событий (Glover, 1993).

3. Повышение уровня кортикотропного релизинг-фактора (CRF) может являться основным нарушением, возникающим при ПТСР, так как Уровень CRF играет важнейшую роль в стрессовых реакциях человека. Следует учесть, что кортикотропный релизинг-фактор имеет исключительное значение для одновременного запуска адренергических, гипоталамо-гипофизарно-адренортикальных, иммунологических и иных биологических процессов, возникающих в ответ на стресс. Поэтому теоретически можно предположить, что адекватным лечением является блокада кортикотропного релизинг-Фактора при помощи его антагонистов и других лекарственных средств,

°Давляющих его действие. Этот подход нуждается в дальнейшей разработке.

4. Пост, Вейсс и Смит (Post et al., 1995) рассматривают в качестве физиологического механизма ПТСР сенсбилизацию и повышение раздражимости которые являются результатом роста интенсивности нейрофизиологических поведенческих и психобиологических реакций при повторных предъявлениях стимула. Антikonвульсанты, такие, как карбамазепин и вальпроат, могут применяться в ходе лечения ПТСР благодаря своей способности снимать повышенную раздражимость. Интересно также, будет ли новый антikonвульсант — ламотриджин — оказывать такое же клиническое действие.

5. Нарушению глутаматергической регуляции приписывается роль в возникновении диссоциации и нарушении процессов запоминания и переработки информации, связанных с ПТСР. Теоретически можно допустить, что нормализация глутаматергической регуляции может быть достигнута благодаря использованию новых антikonвульсантов (таких, как ламотриджин), оказывающих воздействие на глутаматергическую трансмиссию (см.: Krystal et al., 1995).

6. Как указано в таблице 5.1, серотонин (5-НТ) непосредственно или опосредованно связан с возникновением ряда симптомов ПТСР (по DSM-IV критерии В, С, D). Возможно, именно поэтому ингибиторы селективного обратного захвата серотонина с самого начала рассматривались в качестве эффективного лекарственного средства лечения ПТСР. Кроме того, ингибиторы селективного обратного захвата серотонина способны нормализовать слабую модулируемость стрессовых реакций, что обусловлено недостатком серотонина (Weissman, Harbert, 1972).

7. Несмотря на то, что при ПТСР наблюдается повышенный уровень тиреоидной активации, он все же не переходит в тиреотоксикацию и может рассматриваться как верхняя граница нормы. Следовательно, целесообразней, по всей видимости, применять не антитиреоидные агенты, а бета-адре-нергические антагонисты, такие, как пропранолол, с тем, чтобы понизить тиреоидную активацию до нормального уровня.

МЕТОДЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ

При фармакологическом лечении применяют следующие основные методы: (1) подбор лекарства, фармакологическое действие которого может способствовать нормализации психобиологической функции, ответственной за возникновение определенного заболевания; (2) использование наиболее подходящего препарата с гарантированной эффективностью в отношении специфического симптома, группы симптомов и/или коморбидного расстройства; (3) подбор и коррекция дозировки для оптимизации терапевтического эффекта и минимизации побочных эффектов; (4) осведомленность

относительно возможной продолжительности лечения данным лекарственным средством с тем, чтобы при необходимости назначить дополнительное лекарство или заменить один лекарственный препарат другим.

Имеются веские основания считать фармакотерапию важнейшим способом лечения ПТСР. Известно, что это заболевание обуславливается рядом физиологических и нейробиологических механизмов. Кроме того, у людей, страдающих ПТСР, отмечается возникновение патологических изменений в некоторых важнейших нейробиологических системах (см. таблицу 5.1). Также обнаруживается частичное совпадение симптоматики ПТСР, депрессии и других тревожных расстройств. И наконец, ПТСР зачастую коморбидно другим психическим расстройствам, которые поддаются медикаментозному лечению (например, общая депрессия, панические расстройства), фармакотерапия представляет собой один из наиболее легко реализуемых и приемлемых с точки зрения большинства пациентов методов лечения ПТСР. Вместе с тем возможность возникновения побочных эффектов, невыполнение пациентами предписанного режима приема лекарств, а также высокая розничная цена новых лекарственных препаратов (таких, как ингибиторы селективного обратного захвата серотонина, нефазодон, вальпроат и др.) могут ограничивать область их применения.

Стоимость фармакологических способов лечения трудно сопоставить со стоимостью психотерапии, так как она будет зависеть от продолжительности лечения, стоимости самого лекарственного средства и множества других факторов. Что касается режима приема лекарств, то обычно в первые недели пациенты его соблюдают. Может оказаться так, что пациенты и в дальнейшем будут внимательно относиться к этой стороне лечения, особенно если они видят положительный эффект от применения лекарств. Но этого может и не случиться, даже несмотря на то, что реально польза от лечения есть. И последнее, что следует отметить: очень легко распространить среди врачей необходимую информацию, касающуюся медикаментозного лечения, в то время как выявить и скорректировать ошибки в назначении препаратов гораздо сложнее.

ПТСР зачастую связано по меньшей мере с одним коморбидным психиатрическим расстройством (депрессией или другими тревожными расстройствами, химической зависимостью/злоупотреблением). Часто это расстройство имеет и клинически значимые симптомы, серьезно нарушающие функционирование пациента (например, импульсивность, эмоциональная лабильность, раздражительность, агрессивное и/или суицидальное поведение). Некоторые лекарственные формы, рассмотренные в данной главе, имеют доказанную или предполагаемую эффективность при лечении таких коморбидных расстройств и сопутствующей основному заболеванию симптоматики, что было Установлено в ходе лечения их как самостоятельных заболеваний. (Следует

отметить, однако, ограниченное число опубликованных работ с результатами исследований, посвященных фармакологическому лечению ПТСР, в которых коморбидные расстройства и сопутствующая симптоматика систематически контролируются и оцениваются.) В принципе терапевт мог бы подобрать такое лекарственное средство, которое позволило бы одновременно снизить интенсивность как симптомов ПТСР, так и коморбидных расстройств и других сопутствующих симптомов. Это было бы лучшим вариантом использования психофармакологических средств.

Ввиду того, что, как предполагается, с ПТСР связаны многие биологические нарушения (см. таблицу 5.1), а также ввиду частичного совпадения посттравматической симптоматики с симптоматикой других коморбидных расстройств почти любой класс психотропных веществ может быть показан при лечении пациентов с ПТСР. Исходя из опубликованных результатов исследований, в этой главе мы рассмотрим следующие классы лекарственных форм: ингибиторы селективного обратного захвата серотонина, другие серотонинергические средства, антиадренергические средства, ингибиторы МАО, трициклические антидепрессанты, бензодиазепины, антиконвульсанты и антипсихотики. Их клиническое и фармакологическое действие обсуждается в последней части главы.

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

Для настоящего практического руководства был осуществлен развернутый обзор литературы, учитывающий данные, полученные при проведении рандомизированных клинических исследований, нерандомизированных исследований, а также при изучении единичных случаев фармакотерапии ПТСР. Поиск осуществлялся с помощью базы данных PLOTS по следующим ключевым словам: «ПТСР», «фармакотерапия», «антидепрессанты», «анксиолитики», «антиадренергические агенты», «антиконвульсанты», «антипсихотики», а также по названиям лекарственных форм, упоминающимся в данном отчете. Результаты, полученные в рандомизированных клинических исследованиях, имеют особое значение; обобщение по таким исследованиям (с указанием выраженности эффекта) приводится в сводной таблице 5.2. Таблица 5.3 является более полной и включает результаты всех исследований, посвященных применению лекарств при лечении ПТСР. Таблица 5.4 содержит наши рекомендации, касающиеся фармакологического лечения, степени достоверности результатов, показаний и противопоказаний.

/

Таблица 5.2. Рандомизированные клинические исследования ПТСР: применение лекарств и плацебо

Лекарство	Класс	n	Продолжительность лечения (недели)	Выборка	Пол	Инструментарий	Эффективность применения лекарств/плацебо ⁶	Различия от применения лекарств/плацебо ^b	Специфичный для ПТСР лекарственный эффект ¹	Величина эффекта
Амитриптилин ¹	TCA	46	8	ветераны	м	ШОВТС-общая	47%/19%	28%	+	0,64
Десипрамин ²	TCA	18	4	ветераны	и	ШОВТС-избегание	2%/0%	2%	-	0,16
Десипрамин ²	TCA	18	4	ветераны	и	ШОВТС-вторжение	4%/1%	3%	-	0,05
Имипрамин ³	TCA	60	8	ветераны	м	ШОВТС-общая	65%/28%	37%	-	0,25
Фенелзин ³	MAOI	60	8	ветераны	м	ШОВТС-общая	68%/28%	40%	++	1,08
Фенелзин ⁴	MAOI	13	4	ветераны/гражданские	?	ШОВТС-общая	35%/36%	0%	~	0,10
Брофарамин ⁵ⁿ	MAOI/SRI	113	10	ветераны/гражданские	м/ж	ШКДП-общая	60%/40%	18%		0,01
Брофарамин ^m	MAOI/SRI	45	14	гражданские/ветераны	м/ж	ШКДП-общая	52%/29%	23%	+	0,52
Флуоксетин ⁷⁶	SSRI	24	5	ветераны	и	ШКДП	15%/10%	5%	-	0,37
Флуоксетин ^{7e}	SSRI	23	5	гражданские	ж/м	ШКДП	4196/21%	20%	++	1,12
Флуоксетин ⁸	SSRI	53	12	гражданские	ж	ШОКУ	85%/62%	23%	++	0,92

Сертрал ин ⁹	SSRI	208	12	гражданск ие	ж/м	штд	60%/39%	21%	++	0,40
Сертрал ин ¹⁰	SSRI	187	12	гражданск ие	ж/м	ШКДП	55%/35%	20%	++	0,30
Алпразо лам"	BZD	10	5	ветераны/ гражданск ие	?	ШОВТС- общая	14%/4%	10%	"	0,28
Иносито л ¹²	неоднозн ачная отнесенн ость	13	4	ветераны/ гражданск ие	м/ж	ШОВТС- общая	11%/0%	11%		0,25

ТСА — трициклические антидепрессанты; MAOI — ингибиторы MAO; SSRI — ингибиторы селективного обратного захвата серотонина; BZD — бензодиазепины. ШОВТС — Шкала оценки влияния травматического события; ШКДП — Шкала для клинической диагностики ПТСР; ШОКУ — Шкала общего клинического улучшения; ШТД — Шкала травмы Дэвидсона.

^a Ссылки на работы: 1. Davidson et al., 1990; 2. Reist et al., 1989; 3. Kosten et al., 1991; 4. Shestatzky, Greenberg, Lerer, 1988; 5. Baker et al., 1995; 6. Katz et al., 1994/1995; 7. van der Kolk et al., 1994; 8. Davidson et al., 1997; 9. Davidson, Malik, Sutherland, 1996; 10. Brady et al., 2000; 11. Braun et al., 1990; 12. Kaplan et al., 1995.

^b По данным Дэвидсона и др., 1997 (Davidson et al., 1997).

^c Поданным Фридмана, 1997 (Friedman, 1997).

^d Не поступает в продажу.

^e Эффективность от применения лекарств/плацебо установлена по графику.

Таблица 5.3. Лечение ПТСР с помощью лекарственных средств

Класс	Наименование лекарственных средств	Суточная доза	Предполагаемый механизм действия исследований	Число проведенных рандомизированных клинических исследований	Замечания
Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина	Сертралин Флуоксетин Флувоксамин Пароксетин	50-200 мг 80 мг 10-40 мг	20-300 мг Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина	2300	В то время как в более ранних исследованиях предполагалось, что ингибиторы селективного обратного захвата серотонина в первую очередь эффективны в отношении симптомов блокирования эмоциональных реакций (критерий C), более поздние исследования показали, что они способствуют общему улучшению и редуцируют все симптомы ПТСР (критерии B, C, D). Они также эффективны в отношении коморбидных расстройств, таких, как депрессия, панические и обсессивно-компульсивные расстройства, а также случаев химической зависимости/злоупотребления. Наконец, данные лекарственные препараты снимают сопутствующую симптоматику: гнев, импульсивность, суицидальные и навязчивые мысли, подавленное настроение и поведение, направленное на поиск наркотиков/алкоголя
Другие	Тразодон Нефазодон	25-500 мг 100-600 мг	100-300 мг Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина /5-НТ ₂ блокада	00	Зачастую применяется совместно с ингибиторами селективного обратного захвата серотонина с целью лечения бессонницы, вызванной приемом ингибиторов селективного обратного захвата серотонина. В одной небольшой работе, посвященной лечению тразодоном, было получено улучшение по критериям

Серотонергетики	Ципрогептадин	4-28 мг	5-HT антагонист	0
	Буспирон	30-60 мг	5-HT _{1A} частичный антагонист	0
Антиадренергетики	Клонидин	0,2-0,6 мг	Альфа-2 агонист	0

В, С и D. Большие рандомизированные клинические исследования не проводились. Результаты двух опубликованных нерандомизированных исследований показывают, что нефазодон дает улучшение общего состояния, способствует хорошему сну и снижению тревожности у пациентов с ПТСР

Отчеты о случайных несистематических наблюдениях свидетельствуют о подавлении флэшбэк эффектов и ночных кошмаров

Имеется несколько описаний случаев редукции В и D симптомов

Редукция В и D симптомов. Возможно возникновение толерантности

	Гуанфацин	1-3мг	Альфа-2 агонист	0	Позитивные результаты применения в группе пациентов с приобретенной толерантностью к клонидину
	Пропранолол	40-160 мг	Бета-блокатор	A-B-A	Хорошие результаты работы по плану «A-B-A» - редукция симптоматики по критериям В и D у детей, подвергшихся сексуальному/физическому насилию. В двух других работах получены неоднозначные результаты
Ингибиторы MAO	Фенелзин	45-75 мг	Необратимый	2	Общее улучшение и редукция симптомов вторжения травматического опыта (критерий В). Эффективен отчасти и в отношении симптомов критерия С. Пациенты должны придерживаться определенной диеты
	Транилципромин	20-40 мг	Ингибитор MAO	0	Описание случаев - недостаточная информация
	Изокарбоксазин"	10-30 мг	Ингибитор MAO	0	Описание случаев - недостаточная информация
Трициклические антидепрессанты	Моклобемид	300-600 мг	Обратимый MAO-A	0 1	Единственное нерандомизированное исследование - редукция симптоматики по критериям В и С
Бензодиазепины (BZD)	Амипрамин	300 мг	ингибитор	1 1	Не столь действенны как ингибиторы MAO, но дают сходный набор эффектов. Общее улучшение и редукция симптоматики из критерия В. Амипрамин наиболее эффективен в отношении симптоматики из критерия С. В рандомизированных клинических исследованиях эффекта от применения десипрамина не обнаружено
	Амитриптилин	0,6-6 мг	1- NE/5-НТ ингибиторы обратного захвата	1 0	Малое количество исследований. Показана неэффективность в отношении симптоматики из критериев В и С. Отмечается подавление бессонницы, беспокойства и раздражительности. Клинически значимый синдром замыкания
	Десипрамин				
	Алпразолам		BZD-агонист		
	Клоназепам		BZD-агонист		

(ухода в себя, абстинентный синдром)

Антиконвульсан ты	Карбамазепин	600-1,000 мг	Эффект 750-гашения	0 0	Карбамазепины эффективны в отношении В и D симптомов, вальпроат эффективен в отношении С и D симптомов
Антипсихотики	Тиоридазин	200-800 мг	D ₂ антагонист	0 0	Данные отчетов о единичных случаях - эффективность в отношении симптомов из критериев В и D
	Клозапин		5HT ₂ /D ₂		
	Рisperидон		антагонист		

^a Больше не поступает в продажу

Таблица 5.4. Достоверность результатов медикаментозного лечения ПТСР (по опубликованным данным)

Класс лекарственных средств	Наименование лекарственных средств	Достоверность полученных результатов*	Показания	Противопоказания	Замечания
Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина	Сертралин* Флуоксетин Пароксетин Флувоксамин	A A/B B B	<ul style="list-style-type: none"> • Редуцирует симптомы ■ Дает общее улучшение в отношении депрессии, панических компульсивно-обсессивных расстройств ■ Редуцирует сопутствующую симптоматику 	<ul style="list-style-type: none"> • B, C, D • Могут вызывать обострение бессонницы и повышать раздражительность и сексуальные дисфункции 	<ul style="list-style-type: none"> • Могут вызывать обострение бессонницы и повышать раздражительность и сексуальные дисфункции ■ Могут вызывать Вьетнама <p>Достоверность результатов больше для выборки гражданских лиц и меньше для ветеранов Вьетнама</p>
Другие серотонергетики	Тразодон Нефазодон Ципрогептадин Буспирон	C B F F	<ul style="list-style-type: none"> • Тразодон и нефазодон позволяют редуцировать C, D симптоматику ■ Тразодон применяется совместно с ингибиторами селективного обратного захвата серотонина с целью лечения бессонницы, вызванной приемом ингибиторов селективного обратного захвата серотонина ■ Тразодон и нефазодон являются эффективными антидепрессантами, имеющими некоторые побочные эффекты ■ Ципрогептадин 	<ul style="list-style-type: none"> • Тразодон и нефазодон могут давать седативный эффект 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Очень мало исследований посвящено как тразодону, так и нефазодону ■ Заключение о позитивном эффекте ципрогептадина и буспирона основаны на случайных несистематических наблюдениях

редуцирует флэшбэк-
 эффекты и ночные
 кошмары

- Буспирон редуцирует В и
 D симптоматику

Антиадрене Клонидин С С С
 ргетики Гуанфацин
 Пропранолол

- Клонидин, гуанфацин и пропранолол редуцируют В и D симптоматику
- Клонидин может сильно понижать кровяное давление и пульс-Необходимо соблюдать осторожность при назначении гуанфацина пациентам, принимающим гипотензивные средства-Пропранолол может способствовать возникновению депрессивных проявлений вызывать психомоторную заторможенность
- Клонидину посвящено исследование при его употреблении может развиваться толерантность
- Систематического оценивания результатов применения гуанфацина не проводилось
- Пропранололу посвящено исследование; имеются некоторые отрицательные результаты



Ингибиторы МАО
Фенелзин
А/В В
Моклобемид

■ Фенелзин редуцирует симптомы критерия В, способствует общему улучшению, эффективен как антидепрессант и антипаническое средство. Моклобемид редуцирует В и С симптомы

■ При применении фенелзина пациенты должны следовать строгой диете

■ Фенелзин противопоказан пациентам с алкогольной наркотической зависимостью/ злоупотреблением

■ Фенелзин может вызывать бессонницу, гипотензию, атаюкеантихолинергические и гепатотоксические побочные эффекты

■ Моклобемид может вызывать бессонницу, головную боль, утомление, головокружение, тошноту и диарею

■ Моклобемиду посвящены только нерандомизированные исследования

• Фенелзин не применяется в США

■ Моклобемид не требует соблюдения диеты

Трициклические антидепрессанты
Имипрамин
А А А
Амитриптилин
Десипрамин

■ Редуцируют симптомы критерия В

■ Дают общее улучшение

■ Являются эффективными антидепрессантами и антипаническими средствами

■ Имеют антихолинергические побочные эффекты

• Могут вызывать отклонения в ЭКГ

• Могут вызывать гипотензию, возбуждающее или седативное действие

• Не столь эффективны, как ингибиторы селективного обратного захвата серотонина или ингибиторы МАО на гражданских выборках

• Могут быть более эффективны при лечении ветеранов

• Десипрамин оказался

неэффективным по результатам проведенного рандомизированного клинического исследования

Бензодиазепины Алпразолам В С
Клоназепам

- Редуцируют исключительно симптомы критерия D
- Не рекомендуются пациентам, страдающим (или страдавшим ранее)
- Алпразоламу и клоназепаму посвящено
- Являются эффективными от алкогольной или недостаточное количество исследований
- Являются эффективными антипаническими средствами от наркотической зависимости/злоупотребления
- Недостаточно изучен специфический эффект от применения бензодиазепинов при лечении ПТСР

Таблица 5.4. (окончание)

Класс лекарственных средств	Наименование лекарственных средств	Достоверность полученных результатов*	Показания	Противопоказания	Замечания
Антиконвульсанты	Карбамазепин Вальпроат	В В	<ul style="list-style-type: none"> ■ Карбамазепин - Карбамазепин может быть эффективен в отношении В и 0 симптомов, при биполярных аффективных расстройствах ■ Вальпроат эффективен в отношении С и D симптомов и при биполярных аффективных расстройствах 	<ul style="list-style-type: none"> • Карбамазепин может вызывать неврологические нарушения, лейкопению, гипонатриею, тромбоцитопению ■ Вальпроат может вызывать тремор, а также нарушения работы ЖКТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствуют рандомизированные исследования, посвященные карбамазепину и вальпроату ■ Карбамазепин и вальпроат могут играть ключевую роль при лечении ПТСР с коморбидным биполярным (возможно также униполярным) аффективным расстройством
Антипсихотики	Тиоридазин Клозапин Рисперидон	F F F	<ul style="list-style-type: none"> ■ Предположительно, эффективны для симптомов критериев В и D ■ Эффективны антипсихотики чей механизм действия 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Дают седативный, гипотензивный антихолинергические эффекты ■ Дают экстрапирамидные эффекты (в первую очередь, тиоридазин) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Имеются только и случайные несистематические наблюдения • Антипсихотики не являются первоочередным средством лечения ПТСР, но они незаменимы при рефрактерное™ к другим

лекарственным
средствам (случаи
сверх-
бдительности/парано
идальности, крайней
взволнованности,
психотические)

уровень А — рандомизированные клинические исследования;

уровень В — исследования хорошего дизайна без рандомизации и сравнения с плацебо;

уровень С — специальные клинические исследования в сочетании с клиническими наблюдениями, которые так или иначе позволяют обосновать возможность применения данного лекарственного средства;

уровень F — наблюдения, которые не были подвергнуты клинической или эмпирической проверке.

Рекомендован Государственным Комитетом по пищевой и лекарственной продукции (декабрь 1999 г.).

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Данные рандомизированных клинических исследований

результаты, полученные в ходе проведения рандомизированных клинических исследований, представлены в таблице 5.2. Из таблицы видно, что полученные результаты разнородны. Сложно сделать какие-либо общие выводы относительно достоверности этих данных, поскольку выборки, с которыми работали авторы, различались по типам и характеру (хроническая или единичная) пережитой травмы, демографическим характеристикам, равно как и полу, статусу (ветераны или гражданские лица), и, возможно, также и по типу коморбидных расстройств. Три работы, в которых получена клинически значимая величина эффекта (значение которого, например, приблизительно равно 1,0) были выполнены на ингибиторах МАО (фенелзин) и еще две — на ингибиторах селективного обратного захвата серотонина (флуоксе-тин). Более скромные эффекты были получены для трициклических антидепрессантов (амитриптилин, величина эффекта = 0,64) и ингибиторов МАО/ингибиторов селективного обратного захвата серотонина (брофа-ромин, величина эффекта = 0,52).

Два больших исследования (в каждом из них принимало участие около 200 человек), выполненных в соответствии с требованиями, предъявляемыми к рандомизированным клиническим исследованиям, были посвящены изучению эффекта применения сертралина для лечения ПТСР (класс ингибиторов селективного обратного захвата серотонина). Несмотря на то, что величины полученных эффектов были довольно малы, различия между эффектом от применения лекарственной формы и плацебо в обоих исследованиях были статистически значимы ($p < 0,001$), что демонстрирует способность сертралина снижать выраженность посттравматической симптоматики (критерии В, С и D по DSM-IV) (Brady et al., 2000; Davidson et al., 1997). Позитивные результаты вышеупомянутых исследований побудили руководство Государственного комитета Соединенных Штатов по пищевой и лекарственной продукции (United States Food and Drug Administration, FDA) в декабре 1999 г. одобрить сертралин как лекарственный препарат, показанный к применению при лечении ПТСР. Это первое и пока единственное лекарственное средство, рекомендованное FDA. Поэтому Агентство по политике и исследованиям в области здравоохранения (Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR) в настоящее время подтверждает достоверность полученных результатов исследований эффективности сертралина, присвоивая ему самый высокий рейтинг — «Уровень А» (см. таблицу 5.4). Что же касается,

например, флуоксетина, то ему присвоен рейтинг «А/В», так как в небольшом рандомизированном исследовании, проведенном ван дер Колком (van der Kolk et al., 1994), были получены менее однозначные данные относительно эффективности этого препарата.

В заключение следует отметить, что выраженный эффект от приема лекарственных препаратов является скорее исключением, нежели правилом. Наиболее приемлемыми средствами в этом отношении считаются ингибиторы МАО и ингибиторы селективного обратного захвата серотонина. Важно помнить, что негативные (равно как и позитивные) результаты были получены и в исследованиях с ингибиторами МАО и селективного обратного захвата серотонина, и в исследованиях с трициклическими антидепрессантами. Как можно видеть из таблицы 5.2, имеются отрицательные данные, собранные в ходе проведения рандомизированных клинических исследований с применением фенелзина, десипрамина, флуоксетина, алпразолама. Во многих случаях это объясняется чисто методическими факторами (например, особенностями сформированной выборки, планом исследования, продолжительностью лечения, измерительными инструментами и пр.), а вовсе не тем, что данное лекарство неэффективно.

Пока у нас больше вопросов, чем ответов. Поэтому для того, чтобы найти решения этих вопросов, требуется проводить больше исследований.

Другие данные: клинические исследования открытого типа и описания случаев

Помимо материалов рандомизированных клинических исследований, опубликовано довольно много данных, полученных как при проведении нерандомизированных исследований, в которых отсутствует строгая регламентация процедуры исследования, так и из отчетов, посвященных описанию единичных случаев. Как показано в таблице 5.3, информацию об эффективности многих лекарственных средств удастся почерпнуть только из этих источников.

Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина

В дополнение к той информации, которая получена в рандомизированных клинических исследованиях, посвященных сертралину и флуоксидину, показано, что сертралин и флуоксидин эффективно снижают выраженность всех видов посттравматической симптоматики (в соответствии с критериями В, С и D по DSM-IV), а также способствуют улучшению общего состояния (Davidson et al., 1997); опубликованы позитивные результаты нескольких открытых клинических исследований и описаний случаев эффективного при-

менения флуокседина, сертралина, пароксетина и флувоксамина (см. обзор Friedman, 1996). В целом авторы этих исследований отмечают сильное позитивное действие ингибиторов селективного обратного захвата серотонина на симптомы блокирования эмоциональных реакций, возникающих при ПТСР, в то время как другие препараты, прошедшие проверку эффективности в отношении этой группы симптомов, дают гораздо меньший эффект. В трех недавно опубликованных работах, посвященных клиническим исследованиям открытого типа по применению сертралина на выборке лиц, подвергшихся насилию (Rothbaum et al., 1996), эффективности флувоксамина на выборке ветеранов Вьетнама (Marmar et al., 1996), а также пароксетина на выборке гражданских лиц с травматическим опытом различной этиологии (изнасилование, разбойное нападение, несчастный случай и пр.) (Marshall et al., 1998), использование средств из класса ингибиторов селективного обратного захвата серотонина позволило значительно снизить симптоматику всех трех кластеров (симптомы вторжения травматического опыта, избегания/ блокирования эмоциональных реакций и гипервозбуждения). Исследования, посвященные изучению эффекта пароксетина и флувоксамина особенно примечательны потому, что принимавшие в них участие ветераны лишь в редких случаях жаловались на такие побочные эффекты, как бессонница или повышенное возбуждение (в отличие от случаев применения других ингибиторов селективного обратного захвата серотонина). Несмотря на то, что ингибиторы селективного обратного захвата серотонина рассматриваются как имеющие меньше побочных эффектов по сравнению с остальными лекарственными средствами, некоторые пациенты не могут принимать препараты этого класса из-за возникающих нарушений работы желудочно-кишечного тракта, сексуальных дисфункций, а также вызываемых ими нарушений сна и раздражительности.

Клиницисты предпочитают применять ингибиторы селективного обратного захвата серотонина потому, что они оказываются эффективными и в отношении некоторых коморбидных расстройств, например, депрессии, панических и обсессивно-компульсивных расстройств, а также помогают снизить тягу к алкоголю (Brady, Sonne, Roberts, 1995).

Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина могут быть клинически эффективны еще и потому, что, возможно, именно серотонинергические механизмы опосредуют ряд связанных с ПТСР симптомов, таких, как гнев, импульсивность, суицидальные намерения, депрессивное настроение, панические симптомы, навязчивые мысли, поведение, возникающее под влиянием алкогольной или наркотической зависимости/злоупотребления (Fava et al, 1996; Friedman, 1990).

Другие серотонинергические средства

Как указано в таблице 5.3, имеются данные об эффективности нефазодона, полученные в результате проведения двух клинических исследований открытого типа, тогда как относительно тразодона, ципрогептадина и буспирона данные практически отсутствуют. Нефазодон является серотонинергическим средством и 5-HT₂ антагонистом и, как было показано в исследованиях на ветеранах войны, может оказаться полезным в случаях нарушений сна и повышенной гневливости (Davidson et al., 1998; Hertzberg et al., 1998). Тразодон (также являющийся ингибитором селективного обратного захвата серотонина и 5-HT₂антагонистом) продемонстрировал лишь незначительный эффект при лечении симптомов ПТСР в ходе небольшого нерандомизи-рованного исследования (Hertzberg et al., 1996). В то же время тразодон может быть применен ввиду способности компенсировать нарушения сна, являющиеся побочным действием таких серотонинергических средств, как флуок-сетин и сертралин. Поэтому многие пациенты с ПТСР, которым назначаются ингибиторы селективного обратного захвата серотонина, также принимают тразодон (25-500 мг) на ночь. Преимущество тразодона перед обычными снотворными средствами состоит в том, что, благодаря своему серотони-нергическому механизму действия, этот препарат дает эффект, сопоставимый с эффектом общего курса лечения (при помощи ингибиторов селективного обратного захвата серотонина), при этом седативные свойства тразодона улучшают сон (Cook, Conner, 1995).

Антиадренергические средства: пропранолол, клонидин, гуанфацин

Несмотря на то, что уже четко установлена связь между нарушениями адре-нергической регуляции и хроническим ПТСР (ссылки на работы и более полные сведения см.: Friedman et al., 1995; Yehuda, McFarlane, 1997), исследований эффективности альфа-2 агониста, клонидина или бета адренергического антагониста, пропранолола, проведено очень мало, хотя сообщения о положительных результатах, полученных от применения этих препаратов, начали появляться в литературе еще в 1984 г. (Kolb, Burris, Griffiths, 1984). Таким образом, на данный момент отсутствуют рандомизированные клинические исследования, посвященные данным лекарственным средствам.

В четырех клинических исследованиях открытого типа с использованием клонидина (см.: Friedman, Southwick, 1995) было зафиксировано существенное снижение интенсивности значительного числа симптомов ПТСР и ассоциированных (сопутствующих) симптомов, в том числе ночных кошмаров, вторжения воспоминаний, гипербдительности, нарушений сна, реакций

испуга, приступов гнева, что в итоге проявлялось в улучшении настроения и способности к концентрации.

Иногда, впрочем, у пациентов, принимавших клонидин, поначалу наступает улучшение, однако в дальнейшем развивается толерантность к этому препарату и симптомы ПТСР возвращаются. В двух опубликованных недавно исследованиях при возникновении у пациентов толерантности к клонидину его заменяли на адренергический альфа-2 агонист, гуанфацин, который имел больший период полураспада (18-22 час). В обоих случаях последующим курсом лечения было достигнуто и закреплено полное подавление посттравматической симптоматики (Harmon, Riggs, 1996; Horrigan, 1996).

В работе, в которой использовался так называемый план «А-Б-А» (6 недель приема лекарственного средства, 6 недель перерыва и вновь 6 недель приема), пропранолол был назначен одиннадцати детям, пострадавшим от физического и/или сексуального насилия и имеющих симптомы ПТСР. При этом значительное снижение по симптомам навязчивого переживания травматического опыта и повышенного возбуждения наблюдалось только в процессе медикаментозного лечения. Прекращение же приема лекарств привело к возвращению симптоматики на уровень, который имел место до начала лечения (Famularo et al., 1988). Результаты двух других работ с пропра-нололом также неоднозначны.

Ингибиторы МАО

Результаты применения фенелзина представлены в двух рандомизированных клинических исследованиях (одно из которых имело серьезные методические недостатки), в двух удачных нерандомизированных исследованиях, а также ряде успешных работ по изучению единичных случаев; кроме того, имеется одно нерандомизированное исследование с негативными результатами лечения фенелзином (Weizman et al., 1996).

Проведенный Саусвиком с соавт. (Southwick et al., 1994) подробный обзор всех имеющихся в литературе данных по лечению с помощью ингибиторов МАО показывает, что в 82% случаев фиксируется общее улучшение самочувствия, связанное по большей части со снижением выраженности симптомов вторжения, таких, как повторяющиеся воспоминания о травматическом событии, ночные кошмары и флэш-бэк эффекты. Помимо этого, ингибиторы МАО способствуют улучшению сна. В то же время не было обнаружено эффекта в отношении симптомов избегания/блокирования, гиперавтоматизации, депрессии и тревоги/паники.

Применение ингибиторов МАО традиционно ограничивается только теми случаями, когда есть уверенность в том, что пациент не употребляет алкоголь или официально запрещенные лекарственные средства, а также

обязательно соблюдает специальную диету. Если указанные ограничения не соблюдаются, то наиболее серьезным последствием может стать гипертонический криз. Вышесказанное не относится к обратимым MAO-A ингибиторам, таким, как, например, моклобемид (в настоящее время в США не используется). Моклобемид приводит к снижению выраженности симптомов навязчивого переживания травматических событий и избегания, что было подтверждено результатами последнего нерандомизированного исследования, выполненного на двадцати пациентах (Neal et al., 1997).

Трициклические антидепрессанты

Имеются данные, полученные в ходе проведения рандомизированных клинических исследований (позитивными были результаты применения имипра-мина и amitриптилина, негативными — десипрамина), а также ряда работ по изучению единичных случаев и клинических исследований открытого типа (ссылки см.: Ver Ellen, van Kammen, 1990). Полученные результаты неоднозначны и в большинстве своем характеризуются небольшими значениями величин достигнутого эффекта. В своем анализе пятнадцати работ, выполненных с использованием трициклических антидепрессантов при лечении ПТСР, Саусвик с соавт. (Southwick et al., 1994) отмечают, что улучшение при приеме трициклических антидепрессантов наступает у 45% пациентов, в то время как для ингибиторов MAO эта цифра равняется 82%. Как и в случае с ингибиторами MAO, это улучшение касается в основном редукции посттравматической симптоматики вторжения, и в гораздо меньшей степени симптомов избегания/блокирования эмоциональных реакций и повышенного возбуждения.

Говоря в общем, можно отметить, что трициклические антидепрессанты способны давать улучшение по критериям навязчивого переживания травматического события и/или избегания, но эффект от применения трициклических антидепрессантов не может сравниться с эффектом ингибиторов селективного обратного захвата серотонина и ингибиторов MAO. Более того, многие пациенты не могут принимать трициклические антидепрессанты из-за возникающих побочных эффектов. В связи с этим по причине сравнительно низкой эффективности трициклических антидепрессантов, их недейственности в отношении симптомов избегания/блокирования, а также связанных с их применением побочных эффектов, первоочередная роль в медикаментозном лечении ПТСР отводится теперь не трициклическим антидепрессантам, а ингибиторам селективного обратного захвата серотонина. Однако подобное заключение может оказаться преждевременным, если учесть, что действие трициклических антидепрессантов контролировалось главным образом в ходе лечения военных ветеранов, страдающих от последствий тяжелой хронической травмы, в то время как исследования инги-

биторов селективного обратного захвата серотонина по большей части проводили на выборках гражданских лиц. В действительности трициклические антидепрессанты обладают преимуществом по сравнению с ингибиторами селективного обратного захвата серотонина, касающимся их способности снижать степень тяжести ПТСР у ветеранов войны (Davidson et al., 1997).

Бензодиазепины

Помимо публикации рандомизированного клинического исследования с применением алпразолама, которое было рассмотрено ранее (Braun et al., 1990), мы обнаружили еще три статьи, посвященные применению бензодиазепинов в лечении ПТСР. Это были нерандомизированные исследования с применением алпразолама и клоназепама. Во всех работах наблюдалась улучшение сна, снижение тревожности, раздражительности, вместе с тем не было замечено улучшения по симптомам вторжения, избегания и блокирования. Эти препараты не рекомендуется назначать пациентам с коморбидной алкогольной/наркотической зависимостью. Кроме того, у пациентов с ПТСР при резкой отмене алпразолама были зафиксированы сильно выраженные случаи абстинентного синдрома (Friedman, Southwick, 1995).

Иными словами, нет оснований для признания первоочередной важности применения бензодиазепинов при лечении ПТСР. Данные предварительного открытого клинического исследования по использованию бензодиазепинового гипнотика, темазепама, который был показан к приему (перед сном) больным с острым стрессовым расстройством (например, пациентам, пережившим травматическое событие 1-3 месяца назад), свидетельствуют о том, что психофармакологическая терапия, направленная на устранение нарушений сна, способствует редукции посттравматической симптоматики (Mellman et al, 1998). С другой стороны, недавнее исследование с алпразоламом и клоназепамом, которые назначались больным в реанимационном посттравматическом отделении показало, что раннее лечение бензодиазепинами не приводит к предупреждению последующего развития ПТСР (Gelpin et al., 1996).

Антиконвульсивные препараты

Проведено значительное количество клинических исследований открытого типа с применением для лечения пациентов с ПТСР антиконвульсантов, изначально показанных благодаря своей способности снижать уровень возбудимости. В пяти работах отмечено снижение выраженности симптомов вторжения и гипервозбуждения в результате применения карбамазепина; три исследования показали, что вальпроат способен снимать симптомы избегания/блокирования и гипервозбуждения (но не вторжения) (см.: Friedman, Southwick, 1995).

АНТИПСИХОТИКИ

В настоящее время утвердилось мнение, что при лечении ПТСР антипси-хотики могут быть назначены только в тех редких случаях, когда состояние пациента не улучшается в результате приема других лекарственных препаратов или же когда у него имеются психотические симптомы. Некоторые единичные предварительные наблюдения показали, что пациенты с ПТСР, демонстрирующие сильно выраженные симптомы гипербдительности/паранойи, физической агрессии, социальной изоляции, галлюцинации с травматическим содержанием, оказавшиеся невосприимчивыми к лечению препаратами, о которых говорилось выше (ингибиторы селективного обратного захвата серотонина, антиадренергетикам и пр.) (см.: Friedman, Southwick, 1995), могут позитивно реагировать на антипсихотические препараты, например, тиоридазин (Dillard et al., 1993) или клозапин (Hamner, 1996). В дальнейшем следует ожидать появления новых исследований в этой области, в особенности с применением атипичных антипсихотических препаратов (оланзапина, рисперидона, кветиа-пина), поскольку клиницисты уже начали прописывать их пациентам с ПТСР, не поддающимся лечению с помощью других препаратов.

ОБЛАСТИ, ТРЕБУЮЩИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Хотя для ряда лекарственных препаратов уже получены экспериментальные данные, имеется потребность в проведении в будущем большего числа исследований. Так, среди вопросов, которым необходимо уделить особое внимание, можно выделить следующие:

1. Приводит ли чрезмерное обобщение результатов, полученных на резистентных к лечению пациентах с хроническим и тяжелым характером расстройства, к недооценке потенциальных возможностей фармакотерапии при лечении ПТСР?
2. Должны ли применяться более совершенные способы оценки результатов лечения (например, нужно ли нам в большей степени ориентироваться на достижение улучшения общего состояния пациента, уровня его функционирования, а не стремиться только лишь к снижению выраженности симптомов ПТСР)?
3. Нужно ли уделять больше внимания изучению новых видов психофармакологических средств лечения, нежели уже известных средств, анти-депрессантов/анксиолитиков, которые первоначально не предназначались для лечения ПТСР? Исходя из особенностей патофизиологии ПТСР можно предположить, что те лекарства, которые непосредственно воздействуют

на ключевые механизмы стрессового реагирования человека, возможно, будут обладать большим потенциалом для успешного лечения ПТСР. Это может касаться находящихся в настоящее время на стадии разработки препаратов, снижающих уровень кортикотропного релизинг-фактора (CRF), таких, как антагонисты CRF, нейропептидные Y агонисты или препараты, повышающие активацию нейропептида Y.

4. Существуют ли разные подтипы ПТСР, лечение которых требует индивидуального подбора психофармакологических средств? Опираясь на клинический материал, можно выделить два подтипа ПТСР — депрессивный и тревожный. Данные, полученные в лабораторных исследованиях, позволяют говорить о подтипах ПТСР, в которые специфически вовлекаются адренергические или же серотонинергические механизмы. Как показывает модель сенсibilизации и раздражимости (Post et al, 1995), психобиологические механизмы нарушений, вызванных стрессом, с течением времени могут претерпевать изменения, поэтому некоторые лекарства могут быть более эффективными на ранних стадиях лечения заболевания, в то время как другие препараты — давать больший эффект при лечении хронической травмы. Наконец, клиническая феноменология комплексного ПТСР (Herman, 1992) с выступающей на первый план импульсивной, диссоциативной и соматической симптоматикой свидетельствует о том, что в данном случае предпочтение может быть отдано каким-то иным способам фармакологической терапии, отличным от тех, которые являются наиболее действенными при лечении обычного ПТСР.

5. Этнокультуральный аспект редко учитывается в психофармакологических исследованиях. Лин с соавт. (Lin et al., 1996) выявили различия в фармакокинетических реакциях на одну и ту же дозировку одного и того же лекарственного препарата у пациентов-европейцев и азиатов. Кроме того, особенности национальной кухни, представления относительно эффективности лекарств, а также определенные социальные (семейные) факторы — все это также может заметно повлиять на успешность лечения. Соответственно, этнокультурные особенности обязательно должны учитываться при выборе и назначении лекарственного средства.

6. Мы продолжаем искать своеобразную панацею для лечения ПТСР, одно-единственное «волшебное» лекарство, которое в абсолютно равной степени было бы эффективно в отношении симптомов, входящих в разные критерии ПТСР. Хотя такое желание и обоснованно, практически оно может оказаться недостижимым. Как видно из значительного числа опубликованных работ, большинство лекарственных препаратов, предназначенных для лечения ПТСР, оказываются более эффективными в отношении одних симптомов по сравнению с другими. Например, как отмечается в работе Фридмана и Саусвика (Frieman, Southwick, 1995), ингибиторы MAO и три-Циклические антидепрессанты лучше всего подходят для снятия симптомов

непроизвольных вторгающихся переживаний травматических событий ингибиторы селективного обратного захвата серотонина — для симптомов избегания/блокирования эмоциональных реакций, и, наконец, клонидин и пропранолол наиболее эффективны в отношении симптомов гиперактивности. Все это свидетельствует в пользу того, что оптимальным подходом может являться индивидуальный подбор лекарств, которые по оказываемому действию способны дополнять друг друга, а не поиск уникального «волшебного» средства. Как пример реализации этого подхода в обыденной медицинской практике можно привести пациентов с артериосклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями, лечение которых осуществляется с помощью диуретиков, блокаторов кальциевых каналов и дигоксина. Когда нам станет больше известно о патофизиологии ПТСР, мы сможем сделать вывод относительно ценности такого подхода для лечения наших пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время в отношении фармакологического лечения ПТСР достоверно известно следующее:

- 1) многим пациентам назначают лекарственные средства;
- 2) клинические исследования показали, что в результате приема лекарственных препаратов у ряда пациентов отмечается значительное улучшение самочувствия;
- 3) в настоящее время для лечения ПТСР в первую очередь могут быть рекомендованы ингибиторы селективного обратного захвата серотонина;
- 4) требуется проведение новых исследований.

На уровне предположений можно также говорить о том, что применение лекарственных средств при лечении ПТСР дает тройную пользу. Это, во-первых, снижение посттравматической симптоматики; во-вторых, лечение коморбидных расстройств и, в-третьих, снижение сопутствующей симптоматики, связанной с психотерапией и/или повседневной деятельностью пациента.

Лечение ПТСР

В таблице 5.4 приводятся наши рекомендации по применению медикаментозных средств в ходе лечения ПТСР. Эти рекомендации подкреплены ссылками на степень достоверности приводимых данных (градации в пределах от «А» до «F»), показаниями и противопоказаниями. Здесь также приводится другая полезная информация, относящаяся к каждому из рас-

смотренных лекарственных средств. Резюме по таблице 5.4 вы можете найти также в «Практическом руководстве по фармакотерапии» во второй части настоящего сборника. В большинстве (но не во всех) проведенных к настоящему времени рандомизированных клинических исследованиях получены данные, обосновывающие применение широкого класса антидепрессантов, в особенности ингибиторов селективного обратного захвата серотонина, которые приводили к улучшению общего состояния пациентов. До конца не ясно, являются ли антидепрессанты эффективным средством лечения специфических симптомов (вторжения, избегания/блокирования, гипервозбуждения) или же они обладают широким спектром действия в отношении всей посттравматической симптоматики, а также сопутствующих симптомов депрессии и тревожных расстройств.

Была четко установлена эффективность ингибиторов селективного обратного захвата серотонина в отношении всех трех кластеров симптомов ПТСР на выборках пациентов из гражданской популяции. Результаты, полученные на ветеранах, интерпретировать сложнее в силу тяжести случаев и хронического характера ПТСР. Опробованные также на ветеранах ингибиторы MAO показали высокую эффективность, в то время как применение трициклических антидепрессантов приводило к незначительному улучшению. Эти данные были получены на маленьких выборках и в дальнейшем не перепроверялись, поскольку с тех пор, как ингибиторы селективного обратного захвата серотонина благодаря своей эффективности и хорошей переносимости стали широко применяться, исследовательский интерес по отношению к ингибиторам MAO и трициклическим антидепрессантам заметно спал.

Такие антидепрессанты, как клонидин, гуанфацин, пропранолол, могут давать улучшение по критериям гипервозбуждения и навязчивого переживания, поскольку вызывают подавление излишней адренергической активности, связанной с ПТСР. К сожалению, в настоящее время существует очень мало клинических данных, способных обосновать высказанное предположение. Антиконвульсанты, по данным клинических исследований открытого типа, также могут вызывать улучшение. Вместе с тем отсутствуют эмпирические основания для рекомендации антипсихотических препаратов в качестве единственного средства при лечении ПТСР. Наконец, бензодиазепины показали свою неэффективность в отношении симптомов по критериям В и С ПТСР по DSM-IV.

Лечение коморбидных расстройств

Имеется множество оснований полагать, что фармакотерапия может успешно применяться для лечения многих расстройств, которые коморбидны ПТСР. Доказано, что ингибиторы селективного обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты и ингибиторы MAO являются эффективными

средствами лечения депрессии и панических расстройств. Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина показали также свою эффективность в отношении обсессивно-компульсивных расстройств и алкогольной зависимости/злоупотребления. Антиконвульсанты могут быть использованы при биполярных аффективных расстройствах, а пропранолол — при панических расстройствах.

Лечение симптомов, препятствующих проведению психотерапии: лекарственные препараты как дополнение к психотерапии

С тех пор, как были получены убедительные доказательства эффективности когнитивно-бихевиоральной терапии при лечении ПТСР, лекарственные способы лечения перестали рассматриваться как единственно возможные. В том случае, когда симптомы препятствуют психотерапии пациента, психофармакология может выступать в качестве важного вспомогательного метода лечения. В этом отношении назначение ингибиторов селективного обратного захвата серотонина является обоснованным, поскольку они имеют гарантированную эффективность в отношении подавления импульсивности, лабильности настроения, раздражительности, агрессивности, суицидального поведения. Антиадренергические средства снижают уровень возбуждения, а также, возможно, редуцируют диссоциативную симптоматику. Антиконвульсивные нормализаторы настроения, такие, как карбамазепин и вальпроат, как предполагается, способны также подавлять агрессивное и импульсивное поведение. Наконец, атипичные антипсихотики могут значительно снижать гипербдительность и параноидальное поведение, но имеется очень мало оснований предполагать наличие сходной эффективности в отношении пациентов с ПТСР.

Появление свежих данных по ингибиторам селективного обратного захвата серотонина, а также другим препаратам, способным редуцировать психобиологические нарушения, связанные с ПТСР, предвещают новый всплеск интереса к лечению этого заболевания с помощью фармакологии. Уже в обозримом будущем можно ожидать прорыва в области психофармакологии, в результате чего клиницисты получат доступ к целому ряду эффективных лекарственных средств, которые будут оказывать помощь людям, страдающим от ПТСР.

ЛИТЕРАТУРА

Baker D. G., Diamond B. I., Gillette G., Hamnez M., Katzelnick D., Keller T., Mellman T. A., Pontius E., Rosenthal M., Tucker P., van derKolk B. A., Katz R. (1995). A double-blind, randomized placebo-controlled multi-center study of brofaromine in the treatment of posttraumatic stress disorder. Psychopharmacology, 122, 386-389.

- Brady K., Pearlstein T., Asnis G. M., Baker D., Rothbaum B., Sikes C. R., Farfel G. M.* (2000). Double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1837-1844.
- Brady K. T., Sonne S. C., Roberts J. M.* (1995). Sertraline treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 502-505.
- Braun P., Greenberg D., Dasberg H., Lerer B.* (1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 236-238.
- Cook M. D., Conner J.* (1995). Retrospective review of hypnotic use in combination with fluoxetine or sertraline. *Clinical Drug Investigation*, 9, 212-216.
- Davidson J., Kudler H., Smith R., Mahorney S. L., Lipper S., Hammett E. B., Saunders W. B., Cavenar J. Jr.* (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47, 259-266.
- Davidson J., Landburg P. D., Pearlstein T., Weisler R., Sikes C., Farfel G. M.* (1997, December). Double-blind comparison of sertraline and placebo in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD). Abstracts of the American College of Neuropsychopharmacology 36th Annual Meeting. San Juan, Puerto Rico.
- Davidson J. R. T., Malik M. L., Sutherland S. M.* (1996). Response characteristics to antidepressants and placebo in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 291-296.
- Davidson J. R. T., Weisler R. H., Malik M. L., Connor M. K.* (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder with nefazodone. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, 111-113.
- DeMartino R., Mollica R. F., Wilk V.* (1995). Monoamine oxidase inhibitors in post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 510-515.
- Dillard M. L., Bendfeldt F., Jemigan P.* (1993). Use of thioridazine in post-traumatic stress disorder. *Southern Medical Journal*, 86, 1276-1278.
- Famularo R., Kinscherff R., Fenton T.* (1988). Propranolol treatment for childhood post-traumatic stress disorder, acute type: A pilot study. *American Journal of Diseases of Children*, 142, 1244-1247.
- Fava M., Alpert J., Nierenberg A., Ghaemi N., O'Sullivan R., Tedlowf., Worthington J., Rosenbaum J.* (1996). Fluoxetine treatment of anger attacks: a replication study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 8, 7-10.
- Friedman M.J.* (1996). Biological alterations in PTSD: Implications for pharmacotherapy. In E. Giller, L. Weisaeth (Eds.), *Bailliere's clinical psychiatry: International practice and research: Post-traumatic stress disorder* (pp. 245-262). London: Bailliere Tindall.
- Friedman M.J.* (1997). Drug treatment for PTSD: Answers and questions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 359-371.
- Friedman M.J.* (1990). Interrelationships between biological mechanisms and pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder. In M. E. Wolfe, A. D. Mosnaim (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Etiology, phenomenology and treatment* (pp. 204-225). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Friedman M.J.* (Guest Ed.). (1999). Progress in psychobiological research on PTSD. *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 4, 229-316.

- Friedman M.J., Charney D. S., Deutch A. Y.* (1995). Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD. Philadelphia: Lippincott-Raven
- Friedman M.J., Southwick S. M.* (1995). Towards pharmacotherapy for PTSD. In M.J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD (pp. 465-481). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Gelpin E., Bonne O., Peri, T., Brandes D., Shalev A.* (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry* 57, 390-394.
- Glover H.* (1993). A preliminary trial of nalmefane for the treatment of emotional numbing in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 30, 255-263.
- Hamner M. B.* (1996). Clozapine treatment for a veteran with comorbid psychosis and PTSD [Letter], *American Journal of Psychiatry*, 755, 841.
- Harmon R.J., Riggs P. D.* (1996). Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1247-1249.
- Herman J. L.* (1992). Trauma and recovery. New York: Basic Books.
- Hertzberg M. A., Feldman M. E., Beckham J. C., Davidson J. R. T.* (1996). Trial of trazodone for posttraumatic stress disorder using a multiple baseline group design. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, 294-298.
- Hertzberg M. A., Feldman M. E., Beckham J. C., Moore S. D., Davidson J. R. T.* (1998). Open trial of nefazodone for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 460-464.
- Horrigan J. P.* (1996). Guanfacine for PTSD nightmares [Letter]. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 975-976.
- Kaplan Z., Amir M., Swartz M., Levine J.* (1995). Inositol treatment of PTSD. *Anxiety*, 2, 51-52.
- Katz R.J., Lott M. H., Arbus P., Croq L., Lingjaerde O., Lopez G., Loughrey G. C., MacFarlane D.J., Nugent D., Turner S. W., Weisaeth L., Yule W.* (1994/1995). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder with a novel psychotropic. *Anxiety*, 1, 169-174.
- Kolb L. C., Burriss B. C., Griffiths S.* (1984). Propranolol and clonidine in the treatment of the chronic post-traumatic stress disorders of war. In B. A. van der Kolk (Ed.), Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae (pp. 97-107). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kosten T. R., Frank J. B., Dan E., McDougle C J., Giller E. L.* (1991). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 366-370.
- Krystal J. H., Bennett A., Bremner J. D., Southwick S. M., Charney D. S.* (1995). Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in posttraumatic stress disorder. In M.J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD (pp. 239-270). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Lin K.-M., Poland R. E., Anderson D., Lesser I. M.* (1996). Ethnopharmacology and the treatment of PTSD. In A. J. Marsella, M.J. Friedman, E. T. Gerrity, R. M. Scurfield (Eds.). Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder (pp. 505-528). Washington, DC: American Psychological Association.

- Mannar C. R., Schoenfeld F., Weiss D. S., Meltzer T., Zatzick D., Wu R., Smiga S., Tecott L., Neylan T.* (1996). Open trial of fluvoxamine treatment for combat related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(Suppl. 8), 66-72.
- Marshall R. D., Schneier F. R., Fallon B. A., Knight C G., Abbate L. A., Goetz D., Campeas R., Liebowitz M. R.* (1998). An open trial of paroxetine in patients with noncombat-related, chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18, 10-18.
- Mellman T. A., Byers P. M., Augenstein J. S.* (1998). Pilot evaluation of hypnotic medication during acute traumatic stress response. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 563-569.
- Meal L. A., Shapland W., Fox C.* (1997). An open trial of moclobemide in the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 231-237.
- Post R. M., Weiss S. R. B., Smith M. A.* (1995). Sensitization and kindling: Implications for the evolving neural substrate of PTSD. In M.J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD* (pp. 203-224). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Rasmusson A. M., Charney D. S.* (1997). Animal models of relevance to PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 332-351.
- Reist C., Kauffman C D., Haier R.J., Sangdahl C, DeMet E. M., Chicz-DeMet A., Nelson J. N.* (1989). A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 513-516.
- Rothbaum B. O., Ninan P. T., Thomas L.* (1996). Sertraline in the treatment of rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 865-871.
- Shestatzky M., Greenberg D., Lerer B.* (1988). A controlled trial of phenelzine in post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 24, 149-155.
- Southwick S. M., Yehuda R., Giller E. L., Charney D. S.* (1994). Use of tricyclics and monoamine oxidase inhibitors in the treatment of PTSD: A quantitative review. In M. M. Murburg (Ed.), *Catecholamine function in post-traumatic stress disorder: Emerging concepts* (pp. 293-305). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- van der Kolk B.A., Dryfuss D., Michaels M., Shera D., Berkowitz R., Fisler R., Saxe G.* (1994). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 517-522.
- Ver Ellen P., van Kammen D. P.* (1990). The biological findings in post-traumatic stress disorder: A review. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1789-1821.
- Weissman A., Harbert C. A.* (1972). Recent developments relating serotonin and behavior. *Annual Reports in Medicinal Chemistry*, 7, 47-52.
- Weizman R., Laor N., Schujovitsky A., Wolmer L., Abramovitz-Schnaider P., Freudstein-Dan A., Rehavi M.* (1996). Platelet imipramine binding in patients. *Psychiatry Research*, 63, 143-150.
- Yehuda R., McFarlane A. C.* (1997). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821. New York: New York Academy of Sciences.

Лечение детей и подростков

Юдит А. Коэн, Люси Берлинер, Джон С. Марч

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД Введение

После включения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в диагностический справочник DSM-III Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, 1980), которое последовало вскоре за пионерским исследованием детей Чоучилла (Chowchilla), проведенным Терром (Terr, 1983), во многих работах было показано, что воздействие различных видов стресса может привести к тяжелым и часто истощающим ПТСР у детей и подростков. Специалисты в области психического здоровья детей постепенно пришли к определению и оценке степени, в которой дети подвергались воздействию травматической ситуации, тяжести острого дистресса и факторов, вызывающих тяжелые, длительные психиатрические последствия, а исследователи начали эмпирически изучать ПТСР у детей с позиций психологии детского развития (Rynoos et al., 1995). Отчасти результатом такого изучения стало то, что сейчас диагностический критерии ПТСР в DSM-IV в отличие от критерия в DSM-III эксплицитно отражает особенности проявления симптомов у детей, хотя необходимо отметить, что область исследований ПТСР по критериям DSM-IV не включает изучение детей (см.: American Psychiatric Association, 1994). В этой главе мы кратко воссоздаем контекст, в котором происходит лечение ПТСР, и описываем

те виды терапии, которые обычно используются для лечения детей и подростков. Затем мы предлагаем подробный обзор эмпирических данных, касающихся доказательств эффективности психотерапии ПТСР у детей и в некоторых случаях для лечения других (не ПТСР) последствий травмы у детей.

ПТСР у детей

Внимательное изучение природы травматического стрессора является обязательным в тех случаях, когда обсуждается вид психотерапевтического лечения, особенно из-за того, что состояние многих детей, ставших жертвами сексуального злоупотребления, не соответствует диагностическим критериям ПТСР (Kendall-Tackett et al, 1993), в то время как у них имеются глубокие психологические нарушения, требующие психотерапевтического вмешательства (Cahill et al, 1991). Поэтому множество лечебных подходов и исследований, которые разрабатываются для детей, переживших сексуальное насилие, включают в рассмотрение индивидов, не отвечающих полностью диагностическим критериям ПТСР (Cohen, Mannarino, 1996a), в то время как в научных исследованиях ПТСР, вызванного травматическим событием, постановка этого диагноза является необходимым условием (March et al, 1998). Следует также отметить, что тяжесть травматического опыта очень сильно варьирует и не всегда пропорциональна длительности и частоте воздействия травмирующего фактора. Например, во время войны дети подвергаются воздействию травмы, по силе чрезвычайно превышающей все другие стрессовые воздействия, имеющие хронический характер (они многократно являются свидетелями насильственной смерти, теряют родителей и друзей, теряют дом, живут в условиях убежищ). Таким образом, различие, проводимое Терром (Terr, 1991), между единичной и хронической травмами, не является адекватным для дифференциации по тяжести травматического опыта.

Современный обзор 25 исследований показывает: для того, чтобы предсказать развитие симптомов ПТСР у детей, необходимо присутствие трех факторов: тяжесть травматического воздействия, наличие связанного с травмой Дистресса у родителей и близость по времени к травматическому событию (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Foy et al, 1996). Однако очень небольшое число исследований спланировано и оснащено так, чтобы удовлетворительно и адекватно идентифицировать переменные, которые являются предикторами развития симптомов ПТСР у детей. В особенно-^{сти} очень мало внимания уделяется переменным, которые опосредуют и усиливают результаты лечения (модераторы и медиаторы) (March, Curry, 1998).

временная модератор влияет на направление или прочность связи между ^зависимой и зависимой переменными (Barron, Kenny, 1986; Holmbeck,

⁹⁷). *Переменная медиатор* отражает связь между независимой и зависимой

5*

переменными. Это определяет механизм, с помощью которого первое воздействует на второе. Теоретическое влияние таких переменных было детально описано Юлом (Yule, 1992b). За некоторым исключением (Cohen, Mannagino 1996) совсем немного исследований, посвященных результатам лечения¹ оценивали предикторы или проводили оценку влияния модератора (данные по возрасту и расовой принадлежности) или медиатора (согласие на лечение и его дозы).

Известно, что симптомы ПТСР сами по себе существенно варьируют в зависимости от стадии развития (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Особенности развития также влияют на оценку детьми результатов лечения, на приписываемый лечению смысл, на эмоциональное и когнитивное совладание с травмой, на толерантность их реакций, на ожидания по поводу выздоровления и на эффективность изменений в жизни (Amaya-Jackson, 1995; Rupoos et al., 1995). Таким образом, крайне необходимо, чтобы и клиническая, и исследовательская точки зрения подходили к травматическому стрессу с позиции понимания детского развития, которая принимает во внимание сложную матрицу изменений и развития в детстве, включающего семейные и социальные ожидания и неразрывную связь между нарушенным травмой и нормальным развитием.

В целом, когда дети созревают, они с большей вероятностью проявляют симптомы ПТСР, характерные для взрослых. Подростки с ПТСР могут демонстрировать симптомы в соответствии со стандартом DSM-IV: навязчивое воспроизведение события, избегание, намбинг и гипертрофированная реакция испуга. Подростки с хроническим ПТСР, которые подвергались длительному или повторяющемуся стрессу, могут также иметь преобладающую диссоциативную симптоматику, включающую дереализацию, деперсонализацию, самоповреждающее поведение, злоупотребление химическими веществами (наркомания, алкоголизм, лекарственная зависимость) и периодические вспышки злости и агрессии (Googwin, 1988; Hornstein, 1996). Дети с большей вероятностью, чем подростки, демонстрируют поведение, воспроизводящее травму, в игре, рисовании или речевых высказываниях. Особенно распространены у детей в предпубертатном возрасте расстройства сна (Benedek, 1985). Хотя Терр (Terr 1983) описывал формирование «предсказательной функции» у таких детей (по-видимому, они верят, что определенные «знаки» предупреждали о надвигающемся травматическом событии и что если они будут достаточно восприимчивы, то они окажутся способны видеть «предзнаменования» будущих катастроф), однако в литературе зафиксировано мало эмпирических подтверждений этого утверждения. Не получили эмпирического подтверждения и предположения о наличии чувства укороченного будущего (McNally, 1993)-Очень маленькие дети могут демонстрировать сравнительно мало симптомов ПТСР по критериям DSM-IV. Частично это связано с тем, что, как отмечали

Щееринга с соавт. (Scheeringa et al, 1995), восемь из восемнадцати критериев DSM-IV «требуют вербального описания пациентами их опыта и внутренних состояний. У маленьких детей когнитивные и экспрессивные языковые возможности ограничены, что затрудняет выражение ими мыслей и чувств» /р 191)- Следовательно, младенцы, дети до 2 лет и дошкольники могут проявлять симптомы генерализованной тревожности (сепарационные страхи, боязнь незнакомых людей, страхи животных и монстров), избегать ситуаций, которые могут иметь (а могут и не иметь) очевидную связь с предшествующей травмой, страдать нарушениями сна и проявлять озабоченность определенными словами или символами, которые также могут иметь (а могут и не иметь) очевидную связь с травматическим событием (Drell et al., 1993). Продемонстрированный Элмквистом и Бранделл-Форсбергом (Almquist, Brandell-Forsberg, 1997) факт, что формальная и объективная оценка удовольствия от игры помогает в диагностике ПТСР, иллюстрирует общий принцип в соответствии с которым методы диагностики детей младше 8 лет являются областью, открытой для методологических инноваций.

Клинические подгруппы

В DSM-IV выделяются три подгруппы ПТСР: острое, хроническое и отсроченное. В связи с тем, что достаточно трудно узнать о симптомах ПТСР непосредственно от детей, и в связи с тенденцией родителей минимизировать ПТСР-симптоматику у собственных детей (что может затруднять диагностику ПТСР у ребенка) необходимо тщательно составлять анамнез, прежде чем поставить ребенку или подростку диагноз отсроченного ПТСР. Следует отметить, что если ПТСР-симптомы возникли в течение одного месяца после стрессового воздействия, но не длятся больше 1 месяца и имеются признаки диссоциации, то следует ставить диагноз острого стрессового расстройства (ОСР). Если симптомы сохраняются на срок дольше месяца, то следует изменить диагноз на ПТСР.

Сопутствующие диагнозы

Травмированные дети часто проявляют симптомы других (не ПТСР) расстройств, и дети с другими расстройствами могут иметь ПТСР как сопутствующий диагноз. Тщательный опрос не только родителей и учителей, но так-^е и ребенка относительно его внутренних переживаний часто является ^{не}обходимым для прояснения диагностической картины. Это особенно важно, ^{по}скольку родители могут не осознавать присутствия и тяжести симптомов ^{*}ПТСР у ребенка. Ребенок может преуменьшать свои симптомы для того, ^{что}бы не травмировать родителей или избежать обсуждения травматического

события. Таким образом, важно осторожно расспросить ребенка о тех симптомах ПТСР, которые он переживает, причем делать это следует с учетом его возраста. Из-за высокой распространенности сопутствующих симптомов у детей с ПТСР необходимо исследовать результаты лечения детей без ПТСР и использовать эти результаты как предикторы в исследованиях эффективности лечения. С другой стороны, хотя следует ставить комбинированный диагноз (там, где есть для этого показание) и принимать во внимание общую картину симптомов для правильного планирования лечения, вместе с тем важно уделять пристальное внимание травматическому событию.

У детей с ПТСР депрессия может быть особенно распространенной сопутствующей проблемой. Brent с коллегами (Brent 1995) отмечали, что существует очень высокое перекрытие в симптомах для критериев ПТСР и общего депрессивного расстройства (ОДР), и пришли к заключению, что «корневые черты» ПТСР могут быть значительно уже, чем это представлено в критериях DSM-IV. В исследовании Brentа, как впрочем и в работах других авторов (Goenjian et al., 1995; Green, 1985; Hubbard et al., 1995; Kinzie et al., Rath, 1986; Kiser et al., Pruitt, 1991; Looff et al., 1995; Singer et al., 1995; Stoddard et al., 1989; Weine et al., 1995; Yule Udwin, 1991), подчеркивается наличие соответствия между ПТСР и депрессивными расстройствами (ОДР и дистимическое расстройство). Ряд авторов выдвигают гипотезу, что ПТСР предшествует ОДР и создает предрасположенность индивида к его развитию в большей степени, чем наоборот (Goenjian et al., 1995). Исследователи имеют доказательства сопутствующего течения ПТСР и злоупотребления химическими веществами у старших детей (Arroyo, Eth., 1985; Brent et al., 1995; Clark et al., 1995; Looff et al., 1995; Sullivan, Evans, 1994), ПТСР и других тревожных расстройств (гипертревожного расстройства по DSM-III-R, агорафобии, сепарационной тревоги и генерализованной тревоги (см.: Brent et al., 1995; Clark et al., 1995; Goenjian et al., 1995; Kiser et al., 1991; Lonigan et al., 1994; Singer et al., 1995; Yule Udwin, 1991).

Кроме того, часто встречаются как экстернализирующие, так и интерна-лизирующие симптомы. Например, такой автор, как Малмквист (Malmquist, 1986), отмечал, что намбинг и избегание принимают у детей различные формы, включая беспокойство, гипербдительность, плохую концентрацию внимания и поведенческие проблемы. Симптомы тревожности у детей могут также принимать форму гиперактивности, рассеянности, возросшей импульсивности, которые являются признаками диагноза дефицита внимания/гиперактивности (ДВГР). Это частично может объяснять, почему так часто обнаруживается сопутствующее течение ПТСР и ДВГР (Cuffe et al., 1994; Famularo et al., 1996; Glod, Teicher, 1996; McCullough, Pumariega, 1994). Кроме того, ДВГР само по себе может быть фактором риска в ситуации травмы (Famularo et al., 1996). Высокая степень распространенности поведенческих расстройств, таких, как нарушения поведения, негативизм и непослушание, также были описаны

цинических примерах лечения детей с ПТСР (Arroyo, Eth, 1985; Green, 1985; Steiner et al, 1997; Stoddard et al., 1989). Стайнер с соавт. (Steiner, 1997) установил факт, что ПТСР может приводить к потере контроля над импульсами и к ослаблению контроля над агрессией и злостью, что может служить объяснением одновременного протекания двух расстройств. Пелковиц с коллегами (Pelcovitz, 1994) предположил, что внешние симптомы могут быть первичной реакцией на такой стресс, как физическое насилие, и что это может являться «дремлющим» развитием симптомов ПТСР.

Сопутствующее течение ПТСР и пограничного личностного расстройства (ПЛР) встречается у подростков — жертв сексуальных злоупотреблений или у тех детей, которые были многократно травмированы, подвергались различным видам травматического воздействия и имели в прошлом диагноз ПТСР. В исследованиях приводятся данные о наличии у 60-80% женщин с диагнозом ПЛР сексуальных злоупотреблений в детстве (Herman et al., 1989; Stone, 1990). Гудвин (Goodwin, 1985), Херман и Ван дер Колк (Herman, van der Kolk 1987) предположили, что ПЛР является более тяжелой и хронической манифестацией ПТСР (Famularo et al., 1996; Spiegel, 1984; Terr, 1991). Поэтому Гудвин (Goodwin, 1985) рекомендует откладывать диагноз личностного расстройства до тех пор, пока не исчезнут симптомы ПТСР.

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

Игровая терапия

Термин «игровая терапия» традиционно связан с использованием игры как проективной техники. Однако большинство терапевтических подходов к лечению травмы используют игру и другие невербальные техники (рисование, кукольный театр, куклы и пр.) для обеспечения комфорта ребенка и улучшения способности к коммуникации в терапии в большей степени с целью Достижения особых терапевтических целей, чем как проективную технику (Deblinger, Heflin, 1996; Gill, 1991). Игра используется как элемент многих терапевтических интервенций, изложенных ниже.

Психологический дебрифинг

Найнус и Нейдер (Punoo, Nader, 1988) указывают на возможность оказания «первой психологической помощи» детям, подвергшимся массовому насилию, которая может быть предложена как в школе, так и в ходе традиционного ^{лечения}, сразу же после травматического события. Этот подход уделяет

особое внимание прояснению фактов, касающихся травматического события нормализации детских посттравматических реакций, поощряет выражение чувств, помогает в разрешении проблем обучения и в диагностике детей которым необходимо дальнейшее лечение. Задачей этого технического подхода является выявление детей с высоким риском развития ПТСР (см.: Yule Udwin, 1991). К сожалению, сами терапевты по разным причинам иногда избегают прямого обсуждения травматических событий (например, в случаях жестокого обращения с детьми), в частности, из страха, что из-за этого в будущем могут исказиться показания ребенка в ходе судебного разбирательства или из-за того, что повторяющиеся по несколько раз вопросы могут повлиять на воспоминания ребенка о том, что происходило (см., напр.: Ceci et al., 1996).

Психологическое просвещение

Большинство терапевтических подходов содержит элементы психологического просвещения для родителей, детей, а иногда и для учителей (Blom, 1986; Butler et al, 1996; Galante, Foa, 1986; LaGrecia et al, 1996; Molta, 1995; Nir, 1985; Rigamer, 1986). Информация о психологическом воздействии травмы (об обычных эмоциональных реакциях на данный вид травмы, о том, как реагировать, чтобы защитить себя, если это событие повторится в будущем) особенно полезна для детей, как, впрочем, и для их родителей, и является наиболее распространенным компонентом различных терапевтических подходов (см.: Deblinger, Heflin, 1996).

Психоаналитический/психодинамический подход

Несмотря на большое количество публикаций, подтвержденных клиническими наблюдениями, существует очень мало доказательств того, что психодинамическая психотерапия эффективна для педиатрических пациентов с ПТСР и с другими последствиями травмы, за исключением работ, содержащих описание отдельных случаев (Bleiberg, 1994). Тем не менее многие авторы считают, что психоаналитические интервенции имеют первостепенную важность для травмированных детей (см.: Gauensbauer, 1994; McElroy, McElroy, 1989). При описании отдельных случаев привлекается внимание к воздействию травмы и к типу терапевтической реакции с учетом особенностей объектных отношений (Sienfield, 1989), использованию защитных механизмов (McElroy, McElroy, 1989) и сопротивлению (Van Leeuwen, 1988). Это направление терапии использует индивидуальную терапию для уменьшения влияния и значения травматического события, но опять-таки эмпирическое подтверждение результатов этой работы, как минимум, слабое.

Когнитивно-бихевиоральная техника

Как и ДРУ¹¹⁰ когнитивно-бихевиоральные подходы к лечению детей и подростков с психическими нарушениями, когнитивно-бихевиоральная терапия (КЕТ) детей использует одновременно когнитивные, бихевиоральные интервенции, вскрывающие техники (непосредственное обсуждение травматического события), техники работы со стрессом и релаксации, прояснение и коррекция неточных атрибуций травмы (см.: Berliner, 1997; Cohen, Mannarino, 1993; Friedrich, 1996a). Однако некоторые строго бихевиоральные интервенции, такие, как контролируемое взаимодействие с травматическими стимулами, также должны быть использованы для лечения посттравматических симптомов у детей (Saugh, 1989), и следует выделить эти интервенции из ряда тех, что обычно применяются при использовании комбинированного когнитивно-бихевиорального метода.

1. *Контролируемый рассказ о травматическом событии (вскрывающая техника)* в терапии детей проводится так же, как в терапии взрослых. К сожалению, терапевты могут колебаться относительно использования этого метода в работе с детьми, ссылаясь на усиление симптоматики или из-за желания избежать негативного эффекта, связанного с таким обсуждением (Benedek, 1985). Многие дети избегают говорить о травме, и действительно при использовании этого метода их симптоматика может на некоторое время усилиться. Поэтому далеко не все авторы поддерживают вскрывающие техники. В то время как Деблингер, Хефлин (Deblinger, Heflin, 1996) и Марч с соавт. (March et al., 1998) рекомендуют систематически обращаться ко все более и более тяжелым аспектам травмы, другие (см.: Cohen, Mannarino, 1993) не используют постепенно углубляющееся обсуждение травматического события. Большинство авторов считают, что бихевиоральные и нарративные интервенции являются критически значимым компонентом в лечении ПТСР у детей (Azarian et al, 1996; Benedek, 1985; Berliner, 1997; Friedrich, 1996; Galante, Foa, 1986; Parson, 1995; Pynoos, Eth, 1985, 1986; Pynoos et al., 1986; Saigh, 1989; Saigh et al, 1996; Silvern et al., 1995; Snodgrass et al., 1993; Terr, 1990). Однако ни одному контролируемому эмпирическому исследованию до настоящего времени не удалось продемон-^{Ст}рировать эффективность вскрывающих техник для уменьшения симптомов ПТСР у детей.

2. *Стратегии работы со стрессом* часто используются параллельно ^с прямым обсуждением травматического события. Зигель (Siegel, 1995) пред-¹⁰ложил нейрокогнитивное объяснение того, почему работа со стрессом может ^олегчить посттравматические симптомы. Часто рекомендуется обучать де-

^си мускульной релаксации, остановке мыслей, позитивному воображению

и контролируемому дыханию перед тем, как детально обсуждать травму (Berliner, 1997; Cohen, Mannarino, 1993; Deblinger, Heflin, 1996; Parson, 1995-Saigh, 1992; Saigh et al., 1996; Snodgrass et al., 1993). Формирование этих навыков развивает у детей чувство контроля над мыслями и чувствами в противовес тому, чтобы эти мысли и чувства овладевали ребенком. Это позволяет подойти к непосредственному обсуждению травматического события испытывая доверие, и исключает неконтролируемое воспроизведение симптомов и страха. Техники работы со стрессом могут применяться вне терапевтической ситуации, если произойдет повторение травмы.

3. *Техники когнитивной терапии (КТ)*. Эффективность этих техник в лечении ПТСР у детей доказана. Кроме прямого когнитивного реструктурирования страха внешней оценки и гиперответственности, когнитивная терапия часто ставит своей целью оценку и переформулирование негативных когнитивных убеждений, которые дети могут формировать в связи с травматическим событием (Berliner, 1997; Cohen, Mannarino, 1993; Deblinger, Heflin, 1996; Joseph et al, 1993; Рупоос, Eth, 1986; Spaccarelli, 1995). Ребенка успокаивают, прорабатываются и снимаются убеждения, связанные с чувством вины по поводу травматического события (например, «это была моя вина», «все ненадежно»). Наиболее часто этот метод осуществляется посредством пошагового логического анализа когнитивных искажений путем замещения их более точными и функциональными ожиданиями. Другие связанные с травмой убеждения, такие, как «вина выжившего» и «предсказательная функция», также могут поддаваться коррекции когнитивными методами. Опираясь на тот факт, что детские убеждения и восприятия, связанные с травмой, непосредственно определяют развитие психологических симптомов (Mannarino et al., 1994), некоторые авторы считают, что когнитивные компоненты так же важны для избавления от посттравматической симптоматики, как вскрывающие техники.

Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз (ДПДГ)

Десенсибилизация и переработка с помощью движений глаз (ДПДГ), которую многие считают вариантом когнитивно-бихевиоральной техники, является интервенцией, в которой сочетаются компоненты прямого обсуждения травмы и когнитивной терапии с направленными движениями глаз (Shapiro, 1996). Пациентов просят вспоминать различные аспекты травматического события и следовать в это время глазами за маятникообразными движениями руки терапевта. При исследовании взрослых пациентов были получены некоторые доказательства эффективности этого метода в лечении ПТСР, хотя значимость движений глаз для избавления от симптомов (Нуге, Brandsma, 1997)

специально продемонстрировать не удалось (см.: Lohr et al, 1984; Pitman et al, 1996). Достаточно давно (Tinker, Wilson, 1988) и относительно недавно (в неопубликованном исследовании Чемтомб с соавт.) утверждается, что лечение с использованием ДПДГ может способствовать улучшению состояния травмированных детей и подростков.

Лекарственная терапия

Хотя ПТСР является экзогенным расстройством и требует психологического лечения, тем не менее в отдельных случаях терапия психотропными препаратами может быть полезна для уменьшения посттравматических и сопровождающих ПТСР симптомов (Perry, 1994; Davidson, March, 1997). В идеале лекарственная терапия должна уменьшать симптомы вторжения, избегания и возрастания тревоги; минимизировать импульсивность и улучшать сон; лечить вторичные расстройства; способствовать когнитивным и бихевиоральным интервенциям. К сожалению, существует слишком мало эмпирических аргументов в пользу того, чтобы давать рекомендации по лекарственному лечению детей и подростков (March et al., 1996; Pfferbaum, 1997). Большое количество психофармакологических препаратов используется в лечении детей с симптомами посттравматического стресса и с сопутствующими симптомами депрессии или паники, в том числе пропранолол (Famularo, Augustyn, 1988), карбамазепин (Looff et al., 1995), клонидин (DeBellis et al., 1994; Harmon, Riggs, 1996) и антидепрессанты (Brent et al., 1995). Существуют данные о том, что для взрослых польза от использования лекарственного лечения весьма незначительна (Davidson, March, 1997); клинический опыт лечения детей и подростков имеет сходные результаты.

Привлечение родителей

Эмоциональная реакция родителей на травматическое событие и родительская поддержка потенциально имеют сильное влияние на симптомы ПТСР у ребенка (Cohen, Mannarino, 1996b; Burton et al, 1994; Meyer et al, 1994). Поэтому большинство исследователей настаивают на том, что привлечение к терапевтической работе родителей или людей, которые оказывают Ребенку поддержку, важно для устранения симптомов ПТСР у детей. Включение родителей в терапию позволяет им, как минимум, наблюдать симптомы ребенка и знать, как себя вести в случаях их проявлений и в интервалах между лечебными сессиями, и после завершения терапии. Кроме того, помощь, оказанная родителям в разрешении их собственного эмоционального Дистресса, связанного с травмой ребенка, о которой они имеют либо прямое,

либо косвенное представление, может помочь им быть более чувствительными и отзывчивыми на эмоциональные потребности ребенка (Burman Allen-Meares, 1994; Rizzone et al., 1994). Для многих родителей полезными являются психологические знания о посттравматических симптомах у их ребенка и о том, как обращаться с таким ребенком (Cohen, Mannarino, 1993-Deblinger et al., 1986). Неудивительно, что участие родителей всегда обсуждается в литературе, посвященной проблемам детского насилия, причем большинство авторов рекомендует одно или более направлений лечения с участием родителей (Berliner, 1997; Blom, 1986; Brent et al., 1995; Burman, Allen-Meares, 1994; Butler et al., 1996; Cohen, Mannarino, 1993; Deblinger, Heflin, 1996; Friedrich, 196b; Galante, Foa, 1986; Macksoud, Aber, 1996; Simons! Silveira, 1994; Terr, 1989).

Интегративные подходы

Довольно часто происходит так, что по необходимости лечение ПТСР должно быть направлено на многочисленные симптомы или нарушения различных функций, не связанных с ПТСР как таковым. Например, Фридрих (Friedrich, 1996a) предлагает использовать подход, направленный на исследование особенностей привязанности, регуляции аффекта и самовосприятия детей, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям. Салливан и Эванс (Sullivan, Evans, 1994) отстаивают использование метода, интегрирующего сфокусированные на травме интервенции с элементами 12-шаговой техники для подростков с ПТСР и химическими зависимостями. С другой стороны, почти совсем не существует эмпирических доказательств того, что использование комбинированного подхода дает какие-либо преимущества по сравнению с использованием одного из существующих терапевтических методов. И нет никаких эмпирических доказательств наиболее распространенного среди клиницистов убеждения, что использование медикаментозного лечения в сочетании с психотерапией дает какие-либо преимущества по сравнению с использованием исключительно психотерапии.

Длительность лечения

Из клинической практики известно, что у большинства детей и подростков с неосложненными видами ПТСР наступает существенное улучшение после 12-20 сессий психотерапии, направленной на лечение ПТСР. Некоторые авторы в особых случаях сообщают об успехе терапии даже после небольшого (3-6) количества сессий (Chemtob et al, 1986). Немногие дети нуж' даются в более длительном лечении. Для детей, имеющих опыт чрезвычайного физического насилия, убийства или суицида в семье, сексуального

употребления или воздействия травмирующих событий в течение длительного срока, может потребоваться более длительное лечение, чем для детей, переживших менее интенсивное травматическое воздействие. Наличие дотравматической психопатологии у родителей или у ребенка, в прошлом случаев насилия, домогательства или длительного пребывания в конфликтной жизненной ситуации могут также служить показаниями для более длительного терапевтического лечения. Длительная терапия может проводиться каждую неделю, а может иметь характер периодических интервенций и учитывать реакцию ребенка на воздействие. Периодические интервенции имеют дело с тем материалом, который не вошел в короткий терапевтический курс и который отложен до того момента, когда станет необходимым следующий курс психотерапии — например, при изменениях, связанных с переходом на другую стадию развития, изменениях в жизненной ситуации или при дополнительных травматических воздействиях. «Периодическая» терапия призвана поддерживать ребенка и родителей, выражая уверенность в том, что они способны помогать ребенку во время трудных периодов, не обращаясь к терапии. К сожалению, тяжелые случаи ПТСР требуют глубокого и достаточно трудоемкого совместного участия в терапии ребенка, родителей и терапевта.

Длительная терапия также может быть необходима в случаях, когда нарушена способность к доверию и должны быть сформированы межличностные отношения. Длительность терапии устанавливается индивидуально и определяется тем, как происходит уменьшение симптомов у ребенка, и задачами возрастного развития.

СПОСОБ СБОРА ИНФОРМАЦИИ

Этот литературный обзор учитывает те аспекты, которые выделены Американской академией детской и подростковой психиатрии (1998) и основаны на практике работы с ПТСР, а также подтверждены современными исследованиями. Это публикации, обобщившие исследования MEDLINE и Psychological Abstracts, содержащие библиографию книг и обзорных статей; данные, полученные путем опроса коллег, проводивших экспертизу детей с ПТСР,^а также данные, взятые из PILOT базы Национального Центра ПТСР. Обзор источников MEDLINE и Psychological Abstracts был сделан в мае 1998 г.^и проводился путем поиска ключевых слов «посттравматическое стрессовое Расстройство», «дети», «подростки». Избранные таким путем работы были затем изданы в 12 книгах.

КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Клинические данные

Целью данной главы не является максимально полное описание всех публикаций по лечению ПТСР, она посвящена техникам, полезным в клинической работе (Yule, Canterbury, 1994). Можно сказать, что рекомендуется использование модели «превентивных интервенций», которые включают подход к лечению детей, переживших травматические события, поддерживают и усиливают навыки совладания, предвосхищающие реакцию на горе и травму, используются в лечении других расстройств, которые могут развиваться или обостриться на фоне ПТСР, а также направлены на лечение симптомов острого ПТСР. Поскольку ужас травмы может не исчезнуть навсегда, целью лечения является помощь пострадавшему в поиске подходящей для него терапии и способов самовосстановления, а не «лекарства».

Множество авторов указывают, что полезно сформировать правильную реакцию на состояние острого кризиса у родителей, учителей и/или у детей в школе, госпитале и др. (Bloom, 1986; Galante, Foa, 1986; Goenjian et al., 1997; LeGreca et al., 1996; Pynoos, Nader, 1988, Rigamer, 1986; Stallard, Law, 1993; Stoddard, 1996; Sullivan, Evans, 1994; Yule, Udwin, 1991). Существует большое количество свидетельств того, что эти интервенции принесли пользу в школах или городах, где происходили массовые травматические события. Групповые интервенции в таких ситуациях обеспечивают своевременное воздействие на максимально возможное количество детей, подвергшихся стрессу. Основанием для кризисных интервенций, следующих за такого рода травмами, является то, что непосредственное обсуждение события и его влияния может предотвратить развитие симптома избегания и других посттравматических симптомов у большого количества детей. Возможность обратиться к травматическому событию и обсудить все, что с ним связано, может оказать существенную помощь. Юл (Yule, 1992a) и Юл, Удвин (Yule, Udwin, 1991) обнаружили, что дети из группы высокого риска, прошедшие такие процедуры, были гораздо более способны к ослаблению симптомов во время последующего лечения.

В клинической литературе широко представлены сфокусированные на травме психосоциальные интервенции, предложенные с различных теоретических позиций (см. напр.: Cohen, Mannarino, 1993; Deblinger, Heflin, 1996; James, 1989; Saigh, 1992, Terr, 1990; Yule, Canterbury, 1994). Эти подходы не всегда ставят в центр внимания только ПТСР и симптомы посттравматического стресса, но часто и ряд других последствий травмы. Терапия может осуществляться в различных модальностях (индивидуальная, групповая-

«мейная»), использовать директивные и недирективные подходы, основываться на вербальных и невербальных методах и иметь различную длительность. Все эти методы фокусируются на эмоциональном и когнитивном аспектах травматического события.

Предварительные исследования обнаружили, что дети с ПТСР проявляют те же физиологические отклонения, что и взрослые с ПТСР (см. напр.: Perry, 1994). Эти данные склоняют клиницистов к использованию медикаментов для лечения детей с ПТСР. Мармар с соавт. (Marmar, et al., 1993), а также ДеБеллис с коллегами (DeBellis et al., 1994a) высказали предположение, не подтвержденное эмпирически, что альфа-2-адренергический агонист, такой, как клонидин, может быть более эффективным, чем психостимуляторы для симптомов ДВГР у детей, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям, и у детей с сопутствующим диагнозом ПТСР. Brent с коллегами (Brent, 1995) утверждали, что антидепрессанты могут быть эффективны для некоторых детей с ПТСР, особенно для тех, у кого преобладают симптомы депрессивного или панического расстройств. В настоящее время нет достаточно убедительных сообщений об использовании антидепрессантов и других медикаментов при лечении ПТСР у детей.

Определение диссоциативных симптомов у детей с хроническим ПТСР имеет меньше спорных моментов, чем их психотерапия. Клиницисты должны знать, что некоторые дети с ПТСР имеют очевидные диссоциативные симптомы, проявляющиеся в виде галлюцинаций или расстройств мышления и нарушений поведения. Эти симптомы бывает трудно отличить от психотических состояний и с ними следует обходиться, как с проявлениями ПТСР. Исследований, которые изучают терапевтические подходы к лечению диссоциации, в настоящий момент нет. По причине многосложности черт ПТСР, составляющих диссоциативную симптоматику, клиницистам следует обращаться к дополнительным источникам, таким, как работы Патнэма (Putnam, 1997) и Силберга (Silberg, 1996).

Не все поведенческие и эмоциональные проблемы детей с ПТСР вызваны травматическим событием. Существенно, что в лечении детей с ПТСР и ПТСР-симптомами клиницисты признают наличие предшествующих и сопутствующих психиатрических нарушений и их взаимодействие с симптомами ПТСР. Когда терапия травмы не приводит к улучшению или сталкивается с трудностями, терапевт должен использовать способы воздействия и на эти симптомы.

Эмпирические доказательства

° настоящее время проведено очень мало исследований терапевтической ра-^{от}бы с травмой у детей и подростков. По условиям этих исследований не все-д^а требуется, чтобы испытуемые соответствовали критериям для диагноза

ПТСР, достаточно того, чтобы они имели симптомы ПТСР. То же можно сказать и об исследованиях других диагнозов, включающих симптомы депрессии и общие эмоциональные и поведенческие проблемы. Таким образом, в приведенных далее работах уровень методологической строгости существенно варьирует, но везде определяются наблюдаемые симптомы и делается попытка оценить их изменения, используя критерии валидности и надежности. В таблицах 6.1, 6.2 и 6.3 представлены результаты измерения величины изменений для группы лиц, не подвергавшихся терапии, проходивших терапию и внутригрупповые сравнения. Мы приводим результаты исследований, учитывая убедительность доказательств эффективности терапии.

Клинические испытания

(«До - После»; «Без сравнительной группы»)

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Исследования отдельных случаев индивидуальной психотерапии, Сэй (Saugh, 1986, 1989) продемонстрировал уменьшение посттравматического стресса в результате проведения комплексного курса бихевиоральной психотерапии с детьми, травмированными в военной зоне (психологическое просвещение детей и родителей, in vitro и релаксационный тренинг, и дебрифинг). Фарелл с соавт. (Farell et al., 1998) оценивали эффективность когнитивно-бихевиоральных интервенций у четырех детей, подвергшихся сексуальному злоупотреблению, используя комплексное стандартизованное измерение в трех временных точках: до терапии, после терапии и три месяца спустя. Показано, что симптомы ПТСР уменьшились у всех детей. Многочисленные исследования, проводившие оценку до и после психотерапии в группах детей, подвергшихся сексуальному злоупотреблению, почти все продемонстрировали улучшение по крайней мере по некоторым симптомам (Finkelhof, Berliner, 1995).

Исследования групповых видов психотерапии, не использующих сравнительную группу. Проведя измерения относительно времени, возраста и сеттинга, Марч с соавт. (March et al., 1998) исследовали эффективность групповой когнитивно-бихевиоральной интервенции, которая осуществлялась в течение 18 недель в школе с 17 детьми, пережившими единичное стрессовое событие. Авторы провели оценку всех школьников в двух начальных и двух средних школах (для подростков) и отобрали тех детей для участия в психотерапии, у которых было обнаружено ПТСР. 14 из 17 детей завершили психотерапию. Из них 8 (57%) не имели диагноза ПТСР сразу после психотерапии; 12 из 17 (86%) не имели диагноза ПТСР через 6 месяцев после психотерапии. При более

Таблица 6.1. Сравнение с контрольными группами

Тип э- йот дова ния	э- Автор	Исследова нная популяция	оли) К чес та сес сий	Методики	Тип психотерапии	Размер выборк и	Результат	Комментарии
A ^c	Deblinger, Lippman, Steeri 1996	Дети-жертвы сексуальных злоупотреблений	12	Диагностическое интервью	Индивидуальная (И) Привлечение родителей (Р) Комбинированная (Комб) Социальная работа (Соц)	22 (И) 22 (Р) 24 (Р) 21 (Комб) (Соц)	(Соц) в сравнении с (Р) 0,42 (Соц) в сравнении с (Комб) 0,04 (Р) в сравнении с (Комб) 0,33 Ожидаемые данные	Существенно выраженное уменьшение симптомов ПТСР у детей, проходивших психотерапию
A ^c	Cohen & Mannarino 1996a	Дошкольные жертвы сексуальных злоупотреблений	12	Шкала детского сексуального поведения (Child Sexual Behavior Inventory CSBI) терапия - НПТ)	Когнитивно-бихевиоральная (КБТ) терапия Социальная работа (Колл)	39 (КБТ) 28(Недирективная поддержка живающая)	0,59	Симптомы ПТСР, проблемы сексуализированного и несексуализированного поведения существенно уменьшились только в экспериментальной лечебной группе; показаны различия в ПТСР симптомах и поведенческих симптомах по параметру "группа X время"
A	Berlinger, Saunders 1996	Дети-жертвы сексуальных злоупотреблений	10	Шкала тяжести травматического события (детский вариант)	Когнитивно-бихевиоральная (КБТ) терапия специфичная для сексуальных злоупотреблений; групповая	80	Неизвестно	Отсутствие изменений в симптомах ПТСР и тревожности по параметру "группа X время"

			Children's Impact of Event Scale-Revised (CITIES-R)	выборка детей, рандомизированная для стандартной КБТ, специфичной для сексуальных злоупотреблений				
A'	Celan o, Nazard, Webb, McCa II, 1996	32; дети- 8 жертвы сексуальных злоупотреблений	Шкала тяжести травматического события (детский вариант) Children's Impact of Event Scale-Revised (CITIES-R)	КБТ Обычная психотерапия	15	17	0,21	Отсутствие изменений в симптомах ПТСР по параметру "группа X время" по данным самоотчетов и отчетам родителей
A ^c	Cohen, Mannarino, 1998	49; дети- 12 жертвы сексуальных злоупотреблений	Шкала детского сексуального поведения (Child Sexual Behavior Inventory-CSBI)	КБТ, специфичная для сексуальных злоупотреблений; индивидуальная с родителями	30(КБТ)	19	0,2	Отсутствие изменений в симптомах ПТСР и тревожности по параметру "группа X время". Наличие различий в симптомах депрессии и социальной компетентности по параметру "группа X время"
B ^c	Field, Seligman, Scafe di, Schan	Дети, пережившие ураган	Не использовались методики диагностики и ПТСР	Массаж-терапия, повышенный контроль	60			Не использовались методики диагностики ПТСР

berg,
1996

¹ — анализ тех групп, которые ожидали лечения; ^c — анализ тех групп, которые закончили лечение.

Таблица 6.2. Сравнение с контрольными группами, не проходившими терапию

Тип исследования	Исследованная популяция	Количество сессий	Методики	Тип психотерапии	Размер выборки	Результат	Комментарии
A ^c	Chemtob, Namada, Nakashima (без даты)	Дети, пережившие ураган	4 группы раз в неделю или индивидуально в школе	Шкала ПТСР - реакция (PTSD Reaction Inventory)	КБТ; группа по листу ожидания		По сравнению с группой, сформированной по листу ожидания, в группе, проходившей КБТ, наблюдалось существенное уменьшение симптомов ПТСР после терапии
A ^c	Chemtob, Nakashima, Namada, Carlson	Дети, пережившие ураган	4 индивидуальные сессии раз в неделю	Шкала ПТСР - реакция (PTSD Reaction Inventory)	EMDR; группа по листу ожидания	1,34	Снижение симптомов ПТСР и тревожности в сравнении с группой по листу ожидания; у 56% больше не наблюдались симптомы, соответствующие критериям ПТСР
B ¹	Goenjian et al., 1997	Подростки, пережившие мощное землетрясение	4,5-6 часовые групповые сессии; индивидуально дуальн	Шкала ПТСР - реакция (PTSD Reaction Inventory)	Психотерапия - травмы; группа школьников	0,41 29 35	Снижение симптомов ПТСР в группе, проходившей психотерапию, в сопоставлении с контрольной группой; школьники в контрольной группе стали более

ые
сессии
через
3
недели

депрессивными

¹ — анализ тех групп, которые ожидали лечения; ^c — анализ тех групп, которые закончили лечение.

Таблица 6.3. Сравнения до и после психотерапии

Тип исследования	Исследователь	Количество популяций	Методика	Тип психотерапии	Размер выборки	Результат	Комментарии
B ^c	Chemtob, Deblinger, McLeer, Henry, (1990)	Дети-жертвы сексуальных злоупотреблений	3 сессии в неделю	Диагностическое интервью	19	2,8	Снижение депрессии и проблем в поведении
B'	Marcus, Amapola, Jackson, Murray, Schulte, (1998)	Подростки с ПТСР после несчастного случая	18 сессий в 3 недели	CAPS	17	1,15	Снижение депрессии и проблем в поведении и чувства злости; изменение локуса контроля с внешнего на внутренний
C	Stallard, Law, (1993)	Жертвы катастрофы микрорайона	3	Психологический дебрифинг	Отсутствие терапии; отсутствие измерений, передающих психотерапии с да гими травмированными детьми, проходившими	10-7 ;т-	Снижение симптомов ПТСР, тревожности и депрессии

пси) терапию

' — анализ тех групп, которые ожидали лечения; с — анализ тех групп, которые закончили лечение.

глубоком анализе на основании данных CAPS-C (версия для детей) оказалось, что психотерапия привела к стойкому улучшению на момент, когда лечение закончилось, и впоследствии улучшение продолжалось. Подобным образом уменьшились показатели депрессии, тревожности и злости. Локус контроля оставался внешним до и после психотерапевтических замеров, однако спустя время поменялся на внутренний.

Исследования, использующие расширенный формат обследования с применением стандартного набора методик. Два исследования детей, подвергшихся сексуальным злоупотреблениям, и одно исследование детей, переживших единичное стрессовое событие, ставили своей целью изучение симптомов ПТСР, а также пытались обратиться к проблеме отсутствия сравнительной группы — Лэнктри и Брир (Lanktree, Briere, 1995) наблюдали 105 детей, проходивших «травма-специфическую» психотерапию. Психотерапия не имела плана и не была описана, не проводилась процедура для определения типа терапии. Только 19 детей оставались в терапии на момент обследования, проведенного через год после начала терапии. Авторы обнаружили, что на основании Опросника травматической симптоматики состояние детей улучшилось. Однако, учитывая временную дистанцию с травматическим событием, авторы заключили, что улучшение объясняется длительностью психотерапии. Деблингер с соавт. (Deblinger et al., 1990) исследовали курс когнитивно-бихевиоральной терапии, состоящий из 12 сессий с 19 девочками, жертвами сексуальных злоупотреблений. Авторы использовали метод многократного оценивания, предшествовавшего терапии, для того, чтобы продемонстрировать, что улучшение симптомов происходит только после психотерапевтического воздействия.

Исследовательская схема, использующая ранее опубликованные данные. В двух исследованиях кризисных интервенций для школьников — жертв катастрофы приводились сравнительные данные для демонстрации эффективности терапевтического воздействия. Юл (Yule, 1992a) сравнивал детей из школы, где проводилась кризисная терапия (все дети участвовали в дебрифинге, и несколько детей состояли в двух маленьких нелимитированных когнитивно-бихевиоральных группах) с детьми из другой школы, где не было оказано никакой внешней помощи. Дети из школы, где проводилась психотерапия, показали существенно более низкие баллы по посттравматическим показателям и показателям уровня страха. Сталлард и Ло (Stallard, Law, 1993) оценивали результаты обследования подростков, проходивших групповой психологический дебрифинг после катастрофы мини-автобуса и, заимствовав у Юла (Yule, 1992a) способ оценки в баллах, сообщили о существенном уменьшении симптомов травматизации, тревожности и депрессии.

ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Отдельные сообщения. Хорриган (Horrigan, 1996) представил открытое исследование, в котором гуанфацин — альфа-2-агонист пролонгированного действия, успешно применялся для лечения ночных кошмаров у семилетнего ребенка с ПТСР. Фамуларо с соавт. (Famularo et al., 1988) описали весьма незначительное уменьшение симптомов ПТСР при лечении 11 детей — жертв сексуального и/или физического насилия, проходивших 5-недельный курс пропранолола, причем симптомы возобновились после прекращения приема препаратов. Луфф с соавт. (Looff et al., 1995) сообщили, что концентрация в сыворотке крови карбамазепина в количестве от 10,0 до 11,5 мг/мл привело к полной ремиссии симптомов у 22 из 28 детей с ПТСР. Эти данные были дополнены: некоторым детям одновременно назначались риталин, клонидин, ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС) или трициклические антидепрессанты. Хармон и Риггс (Harmon и Riggs, 1996) сообщили о снижении по крайней мере некоторых симптомов у всех 7 детей, включенных в клиническое испытание по использованию клонидина.

Исследования индивидуальной терапии или межгрупповые исследования. Не имеется данных об исследованиях применения лекарств при лечении ПТСР у детей.

Контролируемые клинические испытания

(«До-После»; «С использованием сравнительной группы»)

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Нерандомизированная сравнительная группа. Гоенджян с коллегами (Goen-jian et al., 1997) исследовали эффективность специфических для работы с горем и травмой когнитивно-бихевиоральных интервенций, организованных в школе. Для снижения симптомов ПТСР и депрессии у 64 подростков, переживших интенсивное землетрясение. Через 1,5 года после землетрясения были протестированы дети из 4 школ, расположенных рядом с эпицентром землетрясения; дети из двух школ затем прошли курс психотерапии, тогда как дети из двух других школ не проходили психотерапии. На момент тестирования, предшествующего психотерапии, в обеих группах уровень симптомов ПТСР и Депрессии был высок. Психотерапия включала прямую работу с травмой, процедуры релаксации и десензитизации, снижение интенсивности процесса г^оревания путем фокусирования на нетравматических воспоминаниях и получение групповой поддержки через осознание того, что симптомы ПТСР есть

у всех детей. У детей в группе, проходившей психотерапию, наблюдалось существенное ослабление симптомов ПТСР и депрессии, тогда как эти симптомы существенно обострились у детей, не проходивших терапию.

Рандомизированные клинические испытания с использованием «нетерапевтической» контрольной группы. Три исследования рандомизировали выборку детей для экспериментальной подгруппы и нетерапевтической подгруппы. Во всех трех случаях экспериментальная психотерапевтическая подгруппа показала позитивные результаты. Поскольку не был проверен альтернативный способ лечения, невозможно приписать результаты специфической природе терапевтических интервенций в противовес неспецифическому терапевтическому воздействию.

Филд с соавт. (Field et al., 1996) исследовали воздействие массажной терапии на детей, переживших ураган. Методом случайного выбора (рандомизации) авторы распределили 50 детей на 2 подгруппы; одной была предписана массажная терапия, другой — видеоконтроль внимания. Перед началом психотерапии обе группы имели высокие показатели симптомов посттравматического стресса. Во время посттерапевтического тестирования группа, проходившая массажную терапию, показала значительно более высокие показатели улучшения, чем контрольная группа, в частности, по Шкале манифестации тревоги (детский вариант) — Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS). По различным причинам, в числе которых было отсутствие методик оценки ПТСР и отсутствие независимых экспертов (слепой экспертной оценки), это исследование менее убедительно в отношении оценки эффективности терапии, чем некоторые исследования, построенные на результатах наблюдения лишь одной группы.

Через два года после урагана Чемтоб с коллегами предприняли исследование, включающее повторяющееся тестирование, рандомизацию выборки и контрольной группы «по листу ожидания» для того, чтобы оценить эффективность коротких, структурированных групповых психосоциальных интервенций. Эти интервенции, судя по описанию, носили когнитивно-бихевиоральный характер и были составлены специально подготовленным школьным консультантом для детей, которые по результатам общешкольного обследования показали высокий уровень симптоматики (Chemtob et al, б/г). Дети, ожидающие лечения, были обозначены как контрольная группа, затем они прошли назначенную им психотерапию. Эффективность психотерапии определялась с помощью (1) опросника самооценки травматических симптомов, (2) полуструктурированного клинического интервью и (3) составленного учителями рейтинга поведения в классе. Через год, используя данные самоотчетов, исследователи, проводившие интервью, обнаружили у детей, проходивших психотерапию, значительно меньшее число травматических симптомов

по сравнению с группой, сформированной по листу ожидания. Отсутствие симптомов было отмечено и во время интервьюирования год спустя.

Используя сходную схему (рандомизация выборки и группа «по листу ожидания»), Чемтоб с коллегами (Chemtob et al.) позднее провели 3 индивидуальные сессии ДПДГ-терапии для 32 детей, которые (1) прежде не проходили никаких психотерапевтических процедур и (2) соответствовали критериям диагноза ПТСР (Chemtob et al., в печати). Влияние психотерапии на симптомы ПТСР измерялось с помощью «Опросника реагирования для детей» (Children's Reaction Inventory — CRI). Связанные с ПТСР симптомы измерялись с использованием RCMAS и «Опросника депрессивности (Детский вариант)» (Children's Depression Inventory — CDI). В обеих группах было обнаружено значимое уменьшение баллов CRI после психотерапии. Также значимо, хотя более умеренно, уменьшилось количество общих баллов по RCMAS и CDI. Результаты психотерапии сохранились по истечении 6 месяцев.

Рандомизированные клинические испытания в сравнительных исследованиях психотерапии. Не так давно в литературе появились описания исследований, сравнивающих когнитивно-бихевиоральную психотерапию детей с симптомами ПТСР после сексуального злоупотребления с контрольной группой. Хотя опубликованные исследования не свободны от методологических погрешностей (например, отсутствие «независимых-слепых» экспертов при оценке и в большинстве случаев анализ после завершения терапии, а не в период ее назначения), они существенно усилены строгими методами оценки, использованием рандомизации при назначении на терапию, структурированным описанием психотерапии и точным следованием руководству по терапевтической процедуре.

Деблингер с соавт. (Deblinger et al., 1996) подвергли проверке экспериментальную работу со 100 детьми с диагнозом ПТСР после сексуального злоупотребления, проходившими 12-недельную травма-фокусированную когнитивно-бихевиоральную терапию. Экспериментальная психотерапия была организована по структурированному описанию, и психотерапевтические процедуры проводились в точном соответствии с руководством. Испытуемые были случайным образом распределены (рандомизировались) по четырем группам в соответствии с условиями психотерапии: терапия только Ребенка, только родителей, родителей и ребенка или обычная социальная помощь. Результаты показали, что хотя во всех группах наблюдалось ослабление симптомов ПТСР, дети из двух групп, в которых применялась специфическая психотерапия травмы, продемонстрировали более значительное Улучшение симптомов, чем дети в двух других группах. В результате этого Исследования обнаружено также, что когда к терапии привлекаются родители, то, по их словам, дети чаще могут сообщать о депрессивных симптомах.

В нескольких работах исследовались разные виды терапии. Авторы трех исследований проводили сравнение специфичной для сексуального злоупотребления травма-фокусированной терапии с неспецифической поддерживающей терапией, в одном исследовании сравнивалась стандартная и целенаправленная травма-специфическая психотерапия.

Кохен и Маннарино (Cohen, Mannarino, 1996a) проводили оценку травма-фокусированной когнитивно-бихевиоральной терапии с 68 дошкольниками, пережившими сексуальные злоупотребления, и их родителями. Дети случайным образом были разделены на 2 группы: для прохождения когнитивно-бихевиоральной и неспецифической поддерживающей терапии. Психотерапия была организована по структурированному плану, и психотерапевтические процедуры проводились в точном соответствии с руководством. По сообщениям родителей, состояние детей с симптомами ПТСР и сексуальным расстройством поведения существенно улучшилось только в той группе, которая проходила когнитивно-бихевиоральную терапию (Cohen, Mannarino, 1996a).

Два других исследования при сравнении структурированной когнитивно-бихевиоральной травма-специфической психотерапии с неспецифической терапией не обнаружили значимых изменений симптомов ПТСР и тревожности в группах детей школьного возраста после проведения психотерапии (Celano et al., 1996; Cohen, Mannarino, 1998). Кохен и Маннарино (Cohen, Mannarino, 1998) исследовали случайным образом составленную выборку из 32 девочек — жертв сексуального насилия и их родителей, которые прошли 8 терапевтических сессий. Причем в одном случае продолжительность сеанса у детей и родителей различалась, а в другом случае — совпадала. В обоих исследованиях использовались строго спланированная в соответствии с руководством психотерапевтическая процедура и метод независимых «слепых» экспертов. Одним из объяснений отсутствия позитивных результатов является то, что старшие дети в любой терапии жертв сексуальных злоупотреблений спонтанно входят в соприкосновение с травмой, таким образом редуцируя разницу между двумя методами. Другим объяснением может быть то, что количество испытуемых, принимавших участие в этих исследованиях, недостаточно для доказательства групповых изменений по срезу «группа X время». Показано, что травма-специфическая терапия более эффективна в снижении депрессии и улучшении социальной адаптации (Cohen, Mannarino, 1998), в ослаблении родителями самообвинения и ожиданий негативного воздействия травмы, а также в возрастании родительской поддержки по отношению к детям (Celano et al., 1996).

Белингер и Сондерс (Belinger, Saunders, 1996), используя данные, полученные на 80 школьниках — жертвах сексуального злоупотребления, проверяли, действительно ли добавление специфических техник постепенной проработки травматического опыта и тренинга стрессоустойчивости приво-

дит к улучшению результатов терапии по сравнению со стандартной терапией сексуальных злоупотреблений. В исследовании использовалась строго спланированная в соответствии с руководством психотерапевтическая процедура. Гипотеза была опровергнута, не было обнаружено никаких различий в симптомах ПТСР и тревожности по срезу «группа X время». Авторы сделали вывод о том, что поскольку дети не показали высоких баллов по этим симптомам перед началом терапии, то либо имел место эффект «базового уровня», либо стандартная терапия содержала достаточно компонентов для детей с умеренным уровнем симптомов, чтобы не возникала потребность в использовании специфических стратегий. Другим объяснением отсутствия значимых различий является то, что стандартная терапия жертв сексуальных злоупотреблений содержала элементы неумышленного вторжения в область травматического опыта, что делало оба вида терапии недостаточно дифференцированными для определения различий между ними.

Кросс-модальные сравнения лечебных подходов

Данные по эффективности психотерапии в сравнении с использованием лекарств или комбинаций этих способов лечения все еще не дают точных сведений относительно границ эффективности психотерапии, причем даже в большей степени это касается границ лечения ПТСР у взрослых, чем применения лекарств у детей. Однако были опубликованы два, хотя и недостаточно хорошо спланированных исследования различных психотерапевтических подходов. В сравнительном исследовании групповой терапии и индивидуальной игровой терапии, проведенном на рандомизированной выборке детей — жертв сексуальных злоупотреблений, были обнаружены различия только по одному параметру для группового вида терапии. Однако в этом исследовании не измерялись симптомы ПТСР (Perez, 1998). В работе Монк с соавт. (Monck et al, 1994), которые проводили исследование выборки детей, подвергшихся сексуальному злоупотреблению, случайным способом разбитых на две группы (для участия в семейной терапии и для семейной терапии в сочетании с групповой терапией), не обнаружено различий в результатах. В этом исследовании не была проведена специальная оценка симптомов ПТСР, и не могли быть получены строгие выводы относительно терапевтических подходов (индивидуального, группового или семейного).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как и у взрослых, у детей и подростков под воздействием сильных стрессовых событий развивается ПТСР или возникают отдельные его симптомы. Поскольку критерии ПТСР, описанные в DSM-IV, не отражают специфики возрастного

развития, особенно у детей младшего возраста, то возникает вопрос об адекватности современных диагностических критериев картине посттравматических явлений у детей. Разнообразие переменных, опосредующих и усиливающих ПТСР (модераторов и медиаторов), также ставит вопрос об их влиянии на развитие ПТСР после стрессового воздействия; ни одна из этих переменных не была адекватно исследована в связи с результатами психотерапии. Не существует доказательств того, что использование определенного вида психотерапии (индивидуальной, групповой или семейной) является предпочтительным. Наиболее доказанным является эффективное использование амбулаторной травма-фокусированной психотерапии, содержащей элементы когнитивно-бихевиорального подхода, который включает вскрывающие травму стратегии, стресс-менеджмент/релаксацию, когнитивное/нарративное переструктурирование и привлечение родителей. Несмотря на то, что в лечении ПТСР у детей широко используются психотропные препараты, особенно клонидин и ингибиторы обратного захвата серотонина (ИОЗС), проведенные в этой области эмпирические исследования не дают полного обоснования применения каких-либо видов лекарств для лечения симптомов ПТСР у детей и подростков. Не были получены доказательства того, что именно привлечение родителей к лечению способствует уменьшению симптомов ПТСР (исключая дошкольников), однако оно, вероятнее всего, необходимо для ослабления ПТСР, улучшения общего эмоционального и поведенческого функционирования и снятия депрессивных симптомов у большинства (если не у всех) травмированных детей.

КРАТКОЕ РУКОВОДСТВО К ТЕРАПИИ Введение

Приводимые здесь рекомендации относительно интервенций при лечении детей с симптомами ПТСР подтверждены клиническим опытом. Поскольку в диагностике ПТСР у детей есть доля неопределенности, то множество экспертов считают, что терапия, направленная на симптомы ПТСР, вероятно, может оказаться полезной, даже если нет полного соответствия диагностическим критериям DSM-IV для ПТСР. В особенности получить пользу от рекомендованных терапевтических интервенций могут дети и подростки, у которых есть симптомы ПТСР и сопутствующие функциональные нарушения, вторичные по отношению к симптомам (например, в исполнении своих ролевых функций в семье и в школе, в социальном взаимодействии, в настроении и поведении). С допущением, что дошкольники нуждаются в адаптированных диагностических методах и критериях оценки, будущее

исследование результатов лечения в этой области полезно сфокусировать на детях и подростках с соответствующим критериям DSM-IV диагнозом ПТСР, используя метод случайной выборки и строгие методы оценки.

Оценка

Тщательная оценка, начинающаяся с представления жалоб и симптомов по 5 диагностическим измерениям DSM-IV, проводящаяся до составления лечебного плана и основанная на систематической оценке проблемных зон, является краеугольным камнем планирования лечения. Важно проинтервьюировать ребенка, а также его родителей, относительно существующих симптомов ПТСР и других симптомов (Earls et al, 1988).

При оценке состояния и лечении детей с травмой безотносительно к условиям, степени нарушенности или функционального расстройства следует учитывать стадию развития ребенка. Это означает, что модальность и механизмы коммуникации должны соответствовать уровню развития ребенка. Например, маленькие дети часто лучше реагируют на невербальные методы коммуникации и полнее включаются в процесс, когда в качестве терапевтических средств используется игра, рисование или специальное действие. С другой стороны, более старших детей и подростков может задевать, когда терапевт решает, что они предпочитают игру разговору или инфантилизируют терапевтический процесс. Терапевт также должен осознавать задачи и вопросы, которые связаны с соответствующей стадией детского развития, и представлять, что в этом развитии может быть разрушено под воздействием травматических событий. Целью детской терапии всегда является возвращение к нормальному ходу развития (Pynoos, Nader, 1993).

Привлекая родителей к лечению, нужно учитывать этап развития ребенка. Родители должны быть включены в процесс оценки, но степень и характер их вовлечения в терапию должны быть основаны на стадии развития, уровне семейного функционирования. Это также зависит от степени, с которой ПТСР нарушает семейный процесс, и от типа эмоциональных и поведенческих проблем, на которые направлено лечение. Родители или другие близкие люди обязательно должны быть включены в терапевтический процесс тогда, когда требуется управление поведением (из-за ПТСР или других причин) для того, чтобы можно было осуществить эффективное терапевтическое воздействие.

Терапевтический сеттинг

Для достижения максимальной пользы терапевтическое воздействие должно быть направлено непосредственно на ребенка. Поскольку не существует эмпирических доказательств большей эффективности индивидуальной,

семейной или групповой терапии, в большинстве случаев лечение организуется как индивидуальная терапия. Для детей — жертв сексуальных и физических злоупотреблений интервенции могут сначала проходить в форме индивидуальной терапии, а впоследствии могут быть дополнены практическими занятиями вместе с родителями. Этот подход может быть полезен для других групп травмированных детей, так как он повышает степень взаимодействия с родителями и возможность рассчитывать на них если травма или симптомы повторяются в будущем. Групповая терапия в школе может быть оптимальна для детей, которые вместе пережили травму, например, ураган или случаи расстрелов. Короткие терапевтические интервенции в школах и в детских коллективах могут быть использованы как механизмы выявления детей с высоким фактором риска, которым следует рекомендовать прохождение курса терапии. Поскольку психологический групповой дебрифинг после катастроф является обычным для школ и детских коллективов, важно отметить, что он требует адекватного эмпирического подтверждения на педиатрической популяции и имеет тенденцию в большей степени усиливать травматические реакции, чем ускорять процесс восстановления.

Психологическое просвещение

Все рекомендуемые терапевтические подходы включают психологическое просвещение как компонент, обычно присутствующий в начале терапии. Посттравматические реакции объясняются, и дети и взрослые получают возможность выразить свои чувства, задать вопросы и получить поддержку.

Терапевтические подходы уровня А — В

Как уже было сказано, когнитивно-бихевиоральные подходы (КБТ) имеют наибольшее количество эмпирических доказательств своей эффективности в лечении симптомов ПТСР у детей. Следовательно, их можно рассматривать как первую линию терапевтических техник и использовать либо отдельно, либо в комбинации с другими видами лечения. Однако проведенные исследования не показывают, какой из компонентов когнитивно-бихевиорального подхода является «воздействующим». Хотя большинство видов КБТ используют вскрывающие травму техники, однако неизвестно, каким точно должен быть этот компонент терапии и какое количество повторений необходимо для достижения ожидаемого терапевтического эффекта. Известны доказательства того, что положительный эффект имеет сама возможность говорить о травматическом событии в поддерживающей атмосфере, даже без определенной структуры, последовательности или длительности. В других случаях,

когда избегание или прямой отказ от участия возникают не вследствие тревожности, настаивание на повторяющемся воспроизведении деталей не является необходимым и даже может вызвать побочные эффекты (например, отказ из-за смущения, раздражение из-за необходимости описывать событие такому большому количеству специалистов). Подобным образом не имеет адекватной эмпирической оценки роль когнитивного реструктурирования или тренинга по преодолению состояния тревоги (например, релаксационного тренинга, конструктивного разговора с самим собой) в сравнении с использованием вскрывающих техник для работы с детьми.

Другие подходы

Доказательства эффективности психосоциальных подходов, таких, как психодинамическая психотерапия, арт-терапия или групповая психотерапия, немногочисленны, поэтому они не могут быть в первую очередь рекомендованы как терапевтические подходы для лечения ПТСР у детей.

Ввиду недостатка адекватных эмпирических данных клиницисты должны каждый раз принимать отдельное решение о том, применять ли психофармакологическое лечение, подбирая стратегию воздействия, учитывая паттерн сопутствующих диагнозов у детей с ПТСР, у которых выявлены симптомы депрессии, тревожности паники и/или симптомы дефицита внимания/гиперактивности (Donnelly et al, 1999). Обычно медикаменты должны быть выбраны на основе существующей практики лечения сопутствующих состояний (например, антидепрессанты для лечения детей с депрессивными симптомами). Часто ингибиторы обратного захвата серотонина являются главными психотропными препаратами, назначаемыми детям как с депрессивными, так и с тревожными расстройствами в силу наиболее предпочтительного побочного эффекта и доказанной эффективности в лечении депрессивных и тревожных расстройств у детей. Клонидин может быть эффективным для некоторых детей и подростков с очевидными симптомами гипервозбудимости и особенно с выраженной реакцией испуга.

Длительность лечения

В настоящий момент нет данных относительно наиболее предпочтительной Длительности лечения. Некоторые краткие терапевтические интервенции, такие, как психологический дебрифинг, состоят из одной или нескольких сессий. Что касается большинства когнитивно-бихевиоральных техник Для детей с психическими расстройствами (Hibbs, Jensen, 1996), то эмпирически подтверждено, что необходимое количество сессий — от 8 до 16. Это не означает, что некоторые дети, в особенности те, кто имеет длительный

травматический опыт, отягощенный преморбид, сопутствующие симптомы или хроническое ПТСР с преобладанием диссоциативных черт, не нуждаются в более длительном лечении. В определении длительности лечения следует использовать клиническую оценку целей и прогресса в терапии.

Показания и противопоказания

Показанием для терапевтических вмешательств, описанных выше, за исключением психологического дебрифинга, является присутствие симптомов ПТСР в сочетании с некоторым уровнем функциональных нарушений. Неясно, все ли дети с такими симптомами нуждаются в лечении, поскольку некоторые дети, по-видимому, восстанавливаются с течением времени без терапии. Однако, поскольку на данный момент не существует надежных способов предвидеть в каждом индивидуальном случае, какой ребенок будет иметь стойкие симптомы или у кого симптомы разовьются впоследствии, большинство экспертов, но не все, считают, что детям с симптомами, соответствующими критерию А, рекомендована терапия.

Противопоказания специфичны по отношению к выбираемым терапевтическим модальностям. Например, когнитивная психотерапия едва ли будет эффективна для детей с сильной задержкой в развитии; клонидин противопоказан для детей с высоким риском побочных эффектов как по медицинским (например, сердечные нарушения), так и по немедицинским (например, обезвоживание у спортсменов) показаниям. Что касается ПТСР, то сопутствующие диагнозы могут быть первичной проблемой — определяющей высокий уровень присутствующих функциональных нарушений — и, как результат, они должны быть подвергнуты лечению прежде, чем начнется терапия, направленная на ПТСР. Например, к детям с сопутствующей депрессией и риском суицида не должны применяться фокусированные на травме техники прямого обсуждения до тех пор, пока депрессивная симптоматика не будет уменьшена либо психотерапией, либо ингибиторами обратного захвата серотонина, либо и тем, и другим одновременно. Аналогично дети с наркотическими, алкогольными и химическими зависимостями должны подвергаться лечению от депрессивных симптомов прежде, чем к ним можно будет применить техники, центрированные на травме. Хотя и не без разногласий, но большинство экспертов считают, что дети, которые не рассказывают или не помнят о травматическом событии, даже если у них есть посттравматические симптомы, вероятно, не могут быть подвергнуты терапии, направленной на работу с предположительно произошедшим травматическим событием.

НАПРАВЛЕНИЯ БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Существует несколько важных областей для будущих исследований оптимального лечения ПТСР и симптомов ПТСР у детей. Одна область касается природы и способов оценки ПТСР у детей (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; March, 1999). В настоящее время не существует эффективного способа определения наличия или отсутствия ПТСР у детей. Существующие методы оценки первоначально создавались для исследовательских целей и не могут быть легко включены в клиническую работу. Кроме того, существует вопрос о диагнозе ПТСР, а также, должны ли последующие модификации критериев DSM-IV отражать аспект психологии развития в характере посттравматических нарушений, особенно у маленьких детей. Еще не достигнут консенсус относительно уровня и тяжести симптомов ПТСР, которые являются клинически значимыми или требуют терапевтического вмешательства.

Большинство исследований результатов терапевтического лечения сфокусировано на бихевиоральных техниках. В целом результаты согласуются с опубликованными наблюдениями эффективности лечения в том, что когнитивно-бихевиоральные терапевтические вмешательства являются эффективными. Еще должно быть установлено, являются ли специфические компоненты этого подхода именно теми активными воздействующими факторами, которые ослабляют ПТСР, и являются ли различные компоненты более эффективными для определенных паттернов симптомов или для детей на определенной стадии развития. Исследования, которые анализируют и сравнивают различные терапевтические элементы по отношению к возрасту и симптомам, будут особенно полезны для разработки оптимальных терапевтических режимов.

Особенно желательно провести испытания различных лекарственных препаратов изолированно от использования других форм лечения или в комбинации для того, чтобы сравнить риск и пользу от психотропных препаратов для лечения детей и подростков.

Поскольку продемонстрировано, что исследования эффективности терапии возможны для этой группы пациентов, то исследования внутри различных групп должны продвигаться к большей методологической строгости, как это происходит в исследованиях тревожных расстройств у детей (Chorpita et al., 1998). Более того, необходимо провести значительное количество разносторонних исследований для выяснения потенциальных модераторов и медиаторов эффективности психотерапии (March, Cully, 1998).

Определение эффективного воздействия в контролируемых исследованиях является только одним шагом на пути повышения эффективности Психотерапии детей, страдающих ПТСР и симптомами ПТСР. Необходимо,

чтобы психотерапевтические техники, эффективность которых доказана были перенесены из лаборатории в клинику (Kendall, Southam-Gerow, 1995) Необходимо также создать поле исследований, которые смогут оценить как психотерапевтические подходы работают в более обычных условиях по сравнению с условиями жизни детей и семей, которые находятся в сложных обстоятельствах, и уделить внимание сравнению эффективности различных психотерапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

Almquist K., Brandell-Forsberg M. (1997). Refugee children in Sweden: Posttraumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, 21, 351-366

Amaya-Jackson L. (1995). Post-traumatic stress disorder in adolescents. *Adolescent Medicine*, 6(2), 251-270.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 997-1001.

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.

Arroyo W., Eth S. (1985). Children traumatized by Central American warfare. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 101-120). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Azarian A., Miller T. W., Skriptchenko -Gregorian V. (1996). Baseline assessment of children traumatized by the Armenian earthquake. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 29-41

Barron R., Kenny D. (1986). The moderator—mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Benedek E. (1985). Children and psychic trauma: A brief review of contemporary thinking. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 1-16). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Berliner L. (1997). Intervention with children who experience trauma. In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.), *The effects of trauma and the developmental process* (pp. 491-514). New York: Wiley.

Berliner L., Saunders B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2 year follow-up study. *Child Maltreatment*, 1, 294-309.

Bleiberg E. (1994). Borderline disorders in children and adolescents: The concept. the diagnosis and the controversies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58(2). 169-196.

- Bom G. A. (1986). A school disaster—intervention and research aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 336-345.
- rent D. A., Perper J. A., Moritz G., Liotus L., Richardson D., Cannobio R., Schweers J., Roth C. (1995). Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 209-215.
- Burman S., Allen-Meares P. (1994). Neglected victims of murder: Children's witness to parental homicide. *Social Work*, 39, 28-34.
- Burton D., Foy D., Bwanausi C., Johnson J., Moore L. (1994). The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and posttraumatic stress symptoms in male juvenile offenders. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 83-93.
- Butler R. W., Rizzi L. P., Handwerker B. A. (1996). The assessment of posttraumatic stress disorder in pediatric cancer patients and survivors. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 499-504.
- Cahill C., Llewelyn S. P., Pearson C. (1991). Longterm effects of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 117-130.
- Ceci S.J., Leichtman M., White T. (1996). Interviewing preschoolers: Remembrance of things planted. In D. P. Peters (Ed.), *The child witness in context: Cognitive, social and legal perspectives*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic.
- Celano M., Hazzard A., Webb C., McCall C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1-16.
- Chemtob C., Hamada R., Nakashima J. (n.d.). Psychosocial intervention for post-disaster trauma symptoms in elementary school children: A controlled field study. Unpublished manuscript.
- Chemtob C., Nakashima J., Hamada R., Carlson J. (in press). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinic Psychology*.
- Chorpita B., Barlow D., Albano A., Daleiden E. (1998). Methodological strategies in child clinical trials: Advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 7-16.
- Clark D. B., Bukstein O. G., Smith M. G., Kaczynski N.A., Mezzich A. C., Donovan J. E. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620.
- Cohen J. A., Mannarino A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen J. A., Mannarino A. R. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen J. A., Mannarino A. P. (1996b). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (10), 1402-1410.
- Cohen J. A., Mannarino A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 3, 17-26.
- Cuffe S. P., McCullough E. L., Pumariega A.J. (1994). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 3, 327-336.

- Davidson J. R. T., March J. S. (1997). Traumatic stress disorders. In A. Tasman, J. Kay J. A. Lieberman(Eds.), *Psychiatry* (Vol 2, pp. 1085-1098). Philadelphia: Saunders
- DeBellis M. D., Chrousos G. P., Dorn L. D., Burke L., Helmers K., Kling M. A., Trickett P. R Putnam F. W. (1994). H-P-A axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 78, 249-255.
- DeBellis M. D., Lefter L., Trickett P. K., Putnam F. W. (1994). Urinary catecholamine excretion in sexually abused girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 320-327.
- Deblinger E., Heflin A. H. (1996). *Cognitive behavioral interventions for treating sexually abused children*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger E., Lippman J., Steer R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310-321.
- Deblinger E., McLeer S. V., Henry D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering posttraumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- Donnelly C L., Amaya-Jackson L., March J. S. (1999). Psychopharmacology of pediatric posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 9(3), 203-220.
- Drell M.J., Siegel C. H., Gaensbauer T.J. (1993). Posttraumatic stress disorder. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 291-304). New York: Guilford Press.
- Earls E., Smith E., Reich W. Jung K. G. (1988). Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: A pilot study incorporating a structured diagnostic interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 90-95.
- Famularo R., Kinscheiff R., Fenton T. (1988). Propanolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: A pilot study. *American Journal of Disabled Children*, 142, 1244-1247.
- Famularo R., Fenton T, Kinscherff R., Augustyn M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20(10), 953-961.
- Farrell S. P., Hains A. A., Davies W. H. (1998). Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behavior Therapy*, 29, 241-255.
- Field T, Seligman S., Scafedi F., Schanberg S. (1996). Alleviating posttraumatic stress in children following Hurricane Andrew. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 37-50.
- Finkelhor D., Berliner L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(11), 1408-1423.
- Foy D. W., Madvig B. T., Pynoos R. S., Camilleri A.J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.
- Friedrich W. N. (1996a). An integrated model of psychotherapy for abused children. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkely, C Jenny, T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 104-118). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Friedrich W. N. (1996b). Clinical considerations of empirical treatment studies of abused children. *Child Maltreatment*, 1, 343-347.

- Qaensbauer T.J.* (1994). Therapeutic work with a traumatized toddler. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49, 412-433.
- Galante R., Foa D.* (1986). An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 357-363.
- GilE.* (1991). *The healing power of play*. New York: Guilford Press.
- Glod C A., TeicherM. H.* (1996). Relationship between early abuse, PTSD, and activity levels in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1384-1393.
- Goenjian A. K., Karayan I., Pynoos R. S., Minassian D., Najarian L. M., Steinberg A. M., Fairbanks L. A.* (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154, 536-542.
- Goenjian A. K., Pynoos R. S., Steinberg A. M., Najarian L. M. et al.* (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1174-1184.
- Goodwin J.* (1985). Post-traumatic symptoms in incest victims. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 155-168). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GoodwinJ.* (1988). Post-traumatic stress symptoms in abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 475-488.
- Green A. H.* (1985). Children traumatized by physical abuse. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 133-154). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Harmon R.J., Riggs P. D.* (1996). Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1247-1249.
- HermanJ. L., Perry J. C, van der Kolk B. A.* (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman J. L., van der Kolk B. A.* (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 303-327). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hibbs E., Jensen R.* (1996). *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Holmbeck G. N.* (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 599-610.
- Hornstein N. L.* (1996). Complexities of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders. In J. Silberg (Ed.), *The dissociative child* (pp. 27-46). Lutherville, MD: Sidran Press.
- HorriganJ. R.* (1996). Guanfacine for posttraumatic stress disorder nightmares [Letter to the editor]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 975-976.
- HubbardJ., Realmuto G. M., NorthwoodA. K, MastenA. S.* (1995). Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1167-1173.

- Hyer L., Brandsma J. M.* (1997). EMDR minus eye movements equals good psychotherapy *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 515-22.
- James B.* (1989). *Treating traumatized children*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Joseph S., Brewin C, Yule W., Williams R.* (1993). Causal attributions and posttraumatic stress disorder in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34 274-253.
- Kendall P. C, Southam-Gerow M. A.* (1995). Issues in the transportability of treatment The case of anxiety disorders in youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 702-8.
- Kendall-Tackett K. A., Williams L. M., Finkelhor D.* (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin* 113(1), 164-180.
- Kinzie J. D., Sack W. #., Angell R. H., Manson S., Rath B.* (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 370-376.
- Riser L.J., Heston J., Milsap P. A., Pruitt D. B.* (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationships with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 776-783.
- LaGreca A. M., Vemberge E. M., Silverman W. K., Prinstein M.J.* (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 712-723.
- Lanktree C. B., Briere J.* (1995). Outcome of therapy for sexually abused children: A repeated measures study. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1145-1155.
- Lohr J. M., Tolin D. F., Lilienfeld S. O.* (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy, *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
- Lonigan C J., Shannon M. E., Taylor C M., Finch A. J., Sallec F. R.* (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of posttraumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 94-105.
- Looff D., Grimley P., Kuiler E., Martin A., Shunfield L.* (1995). Carbamazepine for posttraumatic stress disorder [Letter]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 703-704.
- Macksoud M. S., Aber J. L.* (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70-88.
- Malmquist C. P.* (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 320-325.
- Mannarino A. P., Cohen J. A., Berman S. R.* (1994). The Children's Attribution and Perception Scale: A new measurement of sexual abuse-related factors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 204-211.
- March J.* (1999). Assessment of pediatric posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh, J. D-Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 199-218) Boston: Allyn Bacon.
- March J., Amaya-Jackson J., Pynoos R.* (1996). Pediatric post-traumatic stress disorder. In J. Weiner (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- March J., Amaya-Jackson L., Murray M., Schulte A.* (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder following a single incident stressor. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 585-593.
- UarchJ., CurryJ.* (1998). The prediction of treatment outcome. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(1), 39-52.
- Marrnar C. K., Foy D., Kagan B., Pynoos R. S.* (1993). An integrated approach for treating posttraumatic stress. In R. S. Pynoos (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review* (pp. 239-272). Lutherville, MD: Sidran Press.
- UcCullough E. L., Pumariega A.J.* (1994). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder. *Journal of Child and Family Studies* 3,327-336.
- UcElroy L. R., McElroy R. A.* (1989). Psychoanalytically oriented psychotherapy with sexually abused children. *Journal of Mental Health Counseling*, 11, 244-257.
- McNally R.* (1993). Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. In J. R. T. Davidson, E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 57-74). Washington DC: American Psychiatric Association.
- McNally R.J.* (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34(2), 147-161.
- Meyer W.J., Blakeney P., Moore P.* (1994). Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 15, 62-68.
- Molta R. W.* (1995). Childhood posttraumatic stress disorder and the schools. *Canadian Journal of School Psychology*, 11, 65-78.
- MonckE., BentovimA., Goodall G., Hyde C, Lewin B., SharlandE.* (1994). *Child sexual abuse: A descriptive and treatment outcome study*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Nir Y.* (1985). Posttraumatic stress disorder in children with cancer. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 121-132). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Parson E. R.* (1995). Post-traumatic stress and coping in an innercity child. *Psychoanalytic Study of the Child*, 50, 272-307.
- PelcovitzD., Kaplan S., Goldenberg B., Mandel F, LehaneJ., GuarreroJ.* (1994). Posttraumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 305-312.
- Perez C. L.* (1998). A comparison of group play therapy and individual therapy for sexually abused children (Doctoral dissertation, University of Northern Colorado, 1988). *Dissertation Abstracts International*, 48, 3079.
- Perry B.* (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In M. Marburg (Ed.), *Catecholamines in PTSD* (pp. 233-255). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pfferbaum B.* (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the last ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1503-1511.
- Pitman R. K, OrrS. P., Airman B., Longrpree R. E., Poire R. E., Macklin M. L.* (1996). Emotional processing during eyemovement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.

- Putnam F. W.* (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective* New York: Guilford Press.
- Pynoos R., Eth S.* (1986). Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 306-319.
- Pynoos R. S., Eth S.* (1985). Children traumatized by witnessing acts of personal violence-Homicide, rape or suicidal behavior. In S. Eth, R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children* (pp. 17-44). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Pynoos R. S., Nader K.* (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress* 1,445-473.
- Pynoos R. S., Nader K.* (1993). Issues in the treatment of posttraumatic stress in children and adolescents. In J. P. Wilson, B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 535-549). New York: Plenum Press.
- Pynoos R., Steinberg A., Wraith R.* (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti, D. Cohen (Eds.), *Manual of developmental psychopathology. risk disorder, adaptation* (pp. 72-95). New York: Wiley.
- Rigamer E. F.* (1986). Psychological management of children in a national crisis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 364-369.
- Rizzone L. P., Stoddard F. J., Murphy J. M., Kruger L. T.* (1994). Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 15, 158-163.
- Saigh P. A.* (1986). In vitro flooding in the treatment of a 6-year-old boy's posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 24(6), 685-688.
- Saigh P. A.* (1989). The use of an in vitro flooding package in the treatment of traumatized adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 10(1), 17-21.
- Saigh P. A.* (1992). The behavioral treatment of child and adolescent posttraumatic stress disorder. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14(4:), 247-275.
- Saigh P. A., Yule W., Inamdar S. C.* (1996). Imaginal flooding of traumatized children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 163-183.
- Scheeringa M. S., Zeanah C. H., Drell M. J., Larrieu J. A.* (1995). Two approaches to diagnosing posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,191-200.
- Seinfeld J.* (1989). Therapy with a severely abused child: An object relations perspective *Clinical Social Work Journal*, 17, 40-49.
- Shapiro F.* (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 209-18.
- Silberg J. L.* (1996). *The dissociative child*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Siegel D. J.* (1995). Memory, trauma and psychotherapy: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 93-122.
- Silvern E., Karyl J., Landis T. Y.* (1995). Individual psychotherapy for the traumatized children of abused women. In E. Peled, P. G. Jaffe, P. L. Edleson (Eds.), *Ending the cycle of violence: Community responses to children of battered women* (pp. 43-76). Thousand Oaks, CA: Sage.

Simons D., Silveira W. R. (1994). Posttraumatic stress disorder in children after television programmes. *British Medical Journal*, 305, 389-390. *Singer M. L., Anglin T., Song L., Lunghofer L.* (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of the American Medical Association*, 273, 477-482. *Snodgrass L., Yamamoto J., Frederick C* (1993). Vietnamese refugees with posttraumatic stress disorder symptomatology: Intervention via a coping skills model. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 569-574. *Spaccarelli S.* (1995). Measuring abuse stress and negative cognitive appraisals in child sexual abuse: Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 703-727. *Spiegel D.* (1984). Multiple personality as a posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110. *Stallard P., Law F.* (1993). Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life threatening events. *British Journal of Psychiatry*, 163, 660-665. *Steiner H., Garcia I. G., Matthews Z.* (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357-365. *Stoddard F.J.* (1996). Psychiatric care of burned infants, children and adolescents. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 1016-1033). Washington, DC: American Psychiatric Press. *Stoddard F.J., Norman D. K., Murphy M.* (1989). A diagnostic outcome study of children and adolescents with severe burns. *Journal of Trauma*, 29, 471-477. *Stone M. H.* (1990). Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. In P S. Links (Ed.), *Family environment and borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press. *Sullivan J. M., Evans K.* (1994). Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 369-378. *Terr L. C* (1983). Chowchilla revisited: The effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550. *Terr L. C.* (1989). Treating psychic trauma in children: A preliminary discussion. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 3-20. *Terr L. C.* (1990). Too scared to cry. New York: Harper, Row. *Terr L. C.* (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. *Tinker R., Wilson S.* (1988). Through the eyes of a child: EMDR with children. New York: Norton. *Van Leeuwen K.* (1988). Resistances in the treatment of a sexually molested 6-year-old girl. *International Review of Psycho-Analysis*, 15, 149-156. *Weine S., Becker D. E., McGlashan T. H., Vojvoda D., Hartman S., Robbins J. P.* (1995). Adolescent survivors of "ethnic cleansing": Observations on the first year in America. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1153-1159. *Yule W.* (1992a). Posttraumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the "Jupiter." *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 200-205.

Yule W. (1992b). Resilience and vulnerability in child survivors of disasters. In B. Tizard V. Varma (Eds.), *Vulnerability and resilience: A Festschrift for Ann and Alan Clark* (pp. 182-198). London: Taylor Francis.

Yule W., Udwin O. (1991). Screening child survivors for posttraumatic stress disorder-Experiences from the "Jupiter" sighting. *British Journal of Clinical Psychology* 30, 131-138.

Yule W., Canterbury R. (1994). The treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 6(2-3), 141-151.

**Десенсибилизация
и переработка
с помощью движений глаз**

Клауд М. Чемтоб, Дэвид Ф. Толин, Бессел А. ван дер Колк, Роджер К. Питмэн

Психотерапевтический метод десенсибилизации и переработки травмы движениями глаз (ДПДГ) используется при лечении пациентов, страдающих от последствий психической травмы, уже более десяти лет. Появление ДПДГ вызвало сильный интерес и волну энтузиазма, тем не менее этот метод был подвергнут всестороннему критическому анализу. Настоящая глава содержит обзор истории создания и теоретических основ ДПДГ. Также здесь приводится общее описание процедуры с последующим анализом литературы, посвященной данному методу. Представлены материалы, в которых обсуждается влияние движений глаз на эффективность ДПДГ. После этого приводятся общие выводы о современном уровне знаний об эффективности ДПДГ,^а также рекомендации по применению этого метода терапии. В конце главы обозначены возможные направления дальнейших исследований.

ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ МЕТОДА ДПДГ

Метод ДПДГ основан не на теоретическом базисе, а на случайном наблюдении, сделанном в 1987 г. его автором, доктором Фрэнсин Шапиро. В своей

книге Шапиро (Shapiro, 1995) описывает, как однажды во время прогулки она обнаружила, что движения глаз из стороны в сторону, которые она совершала привели к снижению тревожности и прекращению мыслей, вызывавших у нее беспокойство. При первой проверке терапевтического воздействия движений глаз на «симптомы травматических воспоминаний» Шапиро предложила следующую процедуру десенсибилизации: пациент, страдающий от последствий психической травмы, наблюдает за периодическими движениями пальцев психотерапевта, которые тот перемещает от одного края визуального поля пациента к другому; при этом пациент вспоминает о травматической ситуации или сосредоточивается на мысли, вызывающей у него беспокойство. Согласно отчетам участников, во время проведения процедуры беспокоившие их мысли начинали терять свой негативный заряд. Результаты этих первых опытов по десенсибилизации движениями глаз, или ДДГ (Shapiro, 1989), вызвали большой интерес. Впоследствии Шапиро усовершенствовала процедуру и заменила ее название на ДПДГ (т. е. десенсибилизация и переработка движениями глаз), что отражает усиление акцента на стимуляции когнитивных и эмоциональных изменений у пациентов при проведении нового варианта процедуры.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДПДГ

Что касается теоретических оснований ДПДГ, то авторы, занимающиеся этим вопросом, указывают на несколько разноплановых концепций, сыгравших роль в разработке этого метода. К этим концепциям относятся: сетевая теория эмоций (Lang, 1979) и ПТСР (Chemtob et al., 1988; Foa et al., 1989), концепция диссоциации (Janet, 1973), теория эмоционально обусловленного обучения (Bower, 1981), концепция ассимиляции и аккомодации (Piaget, 1950), представления невербальной репрезентации травматических воспоминаний (van der Kolk, 1994), инкорпорации корректирующей информации (Foa, Kozak, 1986), а также модель «тенденции к завершению» Горовица изложенная в его фундаментальном труде (Horowitz, 1976), посвященном переработке травматической информации. Теоретики ДПДГ считают, что этот метод вобрал в себя динамическую концепцию переработки информации, -которая согласуется с современными моделями научения и когнитивного функционирования, в том числе с коннекционистскими теориями.

Шапиро (Shapiro, 1995) предложила модель «ускоренной переработки информации» для объяснения эффекта освобождения от травматических воспоминаний. Модель включает следующие основные постулаты:

1. Травматизация вызывает нарушение в протекании психологических и биологических процессов, в норме обеспечивающих интеграцию нового материала в структуру памяти. Травматические воспоминания частично остаются диссоциированными от аффективно-семантической сети, в которой закодирована большая часть воспоминаний индивида, представленных в «обусловленном состоянии» паттерне. Это приводит к искажениям в образной, аффективной и поведенческой сферах.

2. Каждый человек наделен уникальным механизмом самоисцеления, активация которого способствует интеграции информации, содержащей травматический опыт. Такая активация происходит благодаря используемым в процедуре ДПДГ движениям глаз (или альтернативным формам стимуляции, например, звуковым или тактильным раздражителям). Выдвинуто множество предположений относительно взаимосвязи такого рода стимуляции с активацией «механизма самоисцеления» (см.: Shapiro, 1999).

3. Информация, касающаяся отношений человека с другими людьми и окружающим миром, закодирована наряду с аффективными, физиологическими и когнитивными компонентами реакции индивида на психотравмирующую ситуацию. Представления о себе играют ключевую роль в консервации искажений, присущих травматическим воспоминаниям.

4. В случае множественной психической травматизации осуществляется последовательная проработка с помощью ДПДГ каждого психо-травмирующего события. В некоторых случаях, однако далеко не всегда, эти воспоминания могут быть сгруппированы по признаку тематической близости.

ПРОЦЕДУРА ПРОВЕДЕНИЯ ДПДГ

При применении метода ДПДГ от пациента требуется воспроизведение многих аспектов травматического воспоминания, включая образы, которые ассоциируются с травматическим событием, аффективные и психофизиологические реакции, негативные представления о себе, возникшие вследствие пережитого травматического опыта, а также альтернативные желательные позитивные представления о себе. Шапиро (Shapiro, 1995) описывает ДПДГ как структурированный, комплексный метод лечения, включающий восемь стадий:

1. *История пациента и планирование лечения.* На этом этапе психотерапевт досконально оценивает готовность пациента и возможные помехи терапии (например, вторичные выгоды, получаемые в случае сохранения ^{Па}тологии, вызванной травмой), а также дисфункциональное поведение,

симптомы и особенности заболевания. Затем психотерапевт определяет соответствующие травматические воспоминания («цели»), на которые впоследствии будет направлено лечение. План терапии ДПДГ включает работу не только с травматическими воспоминаниями, отражающимися в симптомах пациента, но и с тем, что напоминает пациенту о психотравмирующем событии в настоящем. Терапия также направлена на выработку навыков самокоррекции, которые могут пригодиться пациенту в будущем.

2. *Подготовка.* На этой стадии устанавливаются соответствующие терапевтические отношения. Пациенту предоставляют необходимую информацию о психической травме, рассказывают об основных идеях, лежащих в основе ДПДГ, обучают специальным навыкам совладания, предназначенным для проработки материала, связанного с психической травмой, помогают сохранить видение перспективы на случай реактивации травматических переживаний.

3. *Диагностика.* На этой стадии перед пациентом ставится задача структурировать и собрать воедино все компоненты травматического переживания. Этот процесс включает (а) определение образа, служащего источником беспокойства; (б) идентификацию негативного представления, находящегося с первым в ассоциативной связи; (в) выявление альтернативного позитивного представления; (г) оценку значимости позитивного представления по 7-балльной Шкале соответствия представления (VoC); (д) распознавание эмоций, связанных с травматическим воспоминанием; (е) оценку субъективного уровня беспокойства по 11-балльной Шкале субъективной оценки беспокойства (SUD); (ж) обнаружение связанных с травмой физических ощущений и их телесной локализации (например, спазмы в желудке).

Так, женщина с диагнозом ПТСР, подвергшаяся в прошлом изнасилованию, может вызывать в своем представлении тягостные образы пережитой ею ситуации и думать при этом: «Это я во всем виновата». Затем пациентка находит альтернативное позитивное рассуждение: «В тех обстоятельствах я сделала все, что от меня зависело». После этого пациентка оценивает, насколько «истинно» для нее это позитивное представление, используя Шкалу соответствия представления (VoC). На следующем этапе, пациентка распознает эмоцию страха или гнева. Интенсивность этих и других эмоций, вызываемых воспоминанием, ставшим терапевтической целью, оценивают при помощи Шкалы субъективной оценки беспокойства (SUD). Затем пациентка, например, замечает, что с травматическим воспоминанием у нее связано ощущение удушья, дрожь или какое-либо иное физическое ощущение. И, наконец, она может решить, что во избежание повторения ее горького опыта в будущем ей необходимо научиться говорить «нет».

4. *Десенсибилизация и переработка.* Это решающая стадия лечения, на которой пациента просят удерживать в сознании вызывающий беспокойст-

во образ, негативное представление и физическое ощущение, ассоциирующееся с травматическим воспоминанием. В это время психотерапевт совершает движения пальцами перед лицом пациента на расстоянии около 12 дюймов*, задавая тем самым направление и темп движениям глаз пациента. Альтернативной формой стимуляции может выступать постукивание по руке или звуковые сигналы. После завершения серии, состоящей приблизительно из двадцати движений глаз, пациента просят сделать несколько глубоких вдохов и выдохов и рассказать об изменениях в его образах, физических ощущениях, эмоциях и мыслях. Часто пациенты говорят, что у них возникли какие-то новые воспоминания, представления, чувства либо эмоции. После каждой серии движений глаз (или другой стимуляции) психотерапевт инструктирует пациента о том, на что обратить внимание при проведении следующей серии. Обычно терапевту рекомендуют давать минимум указаний, однако в ряде случаев, когда переработка травматического материала оказывается затруднена, от психотерапевта может потребоваться активное вмешательство и внесение некоторых коррективов, если это может способствовать появлению когнитивных или эмоциональных изменений.

5. *Утверждение позитивного представления.* После того как оценка уровня беспокойства пациента в отношении травматического переживания достигнет минимально возможных значений по SUD (нулевая отметка свидетельствует об отсутствии дискомфорта), пациента просят вновь оценить значимость позитивного представления по Шкале VoC. Его также просят удерживать в сознании выбранный в качестве цели образ, повторяя при этом про себя формулировку позитивного представления. Далее дается очередная серия движений глаз и вновь измеряется степень значимости позитивного представления. Эта последовательность действий повторяется до тех пор, пока значение балла по VoC не станет как можно более близкой к отметке 7, что означает «полное соответствие». В рамках процедуры ДПДГ могут также прорабатываться специальные навыки совладания, направленные на воспоминания, эмоции, испытываемые в настоящий момент, а также оптимальные поведенческие реакции, которые могут пригодиться пациенту в будущем (например, уверенное «нет» женщины в случае нежелательных знаков внимания к ее персоне со стороны мужчины в нашем гипотетическом примере ^c жертвой изнасилования).

6. *Соматическое состояние.* На этой стадии пациента просят обратить внимание на любое проявление физического напряжения или дискомфорта. Подобные ощущения являются признаком незавершенности процесса переработки травматической информации. После этого пациента просят фиксиро-

"примерно тридцать сантиметров. — Прим. пер.

вать внимание на этих физических ощущениях во время последующих дополнительных серий движений глаз.

7. *Завершение.* Цель этой стадии заключается в подготовке пациента к завершению сессии. Из-за того, что актуализация травматических воспоминаний может вызвать сильный эмоциональный отклик, по окончании каждой процедуры ДПДГ желательно использовать специальные техники завершения сеанса, такие, как релаксация или визуализация, чтобы помочь пациенту вернуться в состояние эмоционального равновесия. Пациента поощряют вести ежедневные записи о своих чувствах, мыслях и сновидениях, имеющих отношение к травме и проводимому лечению, а также выполнять дома специальные упражнения на самоконтроль.

8. *Переоценка.* Каждая новая сессия начинается с оценки того, насколько успешно была достигнута и закреплена цель прошлых сессий. Если травматический материал, избравшийся в качестве предмета воздействия на одном из более ранних этапов, вновь вызывает у пациента беспокойство, необходимо еще раз вернуться к его проработке. Для повторной проработки травматического воспоминания, актуальных размышлений пациента или его навыков могут быть назначены дополнительные сессии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДПДГ

Этот параграф посвящен обзору эмпирических работ, имеющих отношение к вопросам эффективности ДПДГ как метода лечения ПТСР. Недавно опубликованы обзоры следующих авторов, посвященные этой теме: Феске (Feske, 1998); Лор с соавт. (Lohr et al., 1998); Шапиро (Shapiro, 1996); Спектор, Рид (Spector, Read, 1999). Статьи, обзор которых помещен в данном разделе, были найдены в базах данных PsycLIT, PsycINFO, PILOTS и MEDLINE. Мы также проводили поиск по спискам литературы в соответствующих публикациях. Благодаря довольно внушительному количеству опубликованных к настоящему времени работ, посвященных вопросам эффективности ДПДГ, мы смогли отобрать те публикации, которые удовлетворяют большинству требований так называемого «золотого стандарта» клинических исследований, предложенного Фоа и Мидоуз (см. Foa, Meadows, 1997). Таким образом, работы, включенные в наш обзор, должны были удовлетворять следующим требованиям:

1. Исследование опубликовано (или находится в печати) в реферируемом журнале. На основании этого критерия нами не была принята к рассмотрению, например, работа Бодвинза с соавт. (Boudewyns et al., 1993).
2. Исследование проводилось в особых контролируемых условиях, позволяющих различать специфический эффект лечения и неспецифические

эффекты, связанные, например, с длительностью лечения или повторением диагностических процедур (Mahoney, 1978). Так как в нескольких статьях (см.: Forbes et al., 1994; Lazrove et al., 1998) это требование не выполнялось, они были исключены из дальнейшего рассмотрения.

3. В исследовании рандомизировано назначение пациентам ДПДГ или контрольных методов лечения. Это условие не было выполнено в работе Девилли и Спенса (Devilley, Spence, 1999). Хотя сами авторы охарактеризовали примененную ими процедуру как стратифицированная рандомизация, она содержала ряд существенных отклонений от принятых правил рандомизации: лечение было проведено на двух группах больных, при этом большинство пациентов, которым назначали ДПДГ, были выбраны из одной группы, а те, которым назначали иные виды лечения, — из другой. В своей предшествующей работе Девилли с соавт. (Devilley et al., 1998) также использовали стратифицированную рандомизацию, тем не менее эта работа была включена в настоящий обзор, поскольку неблагоприятное влияние неоднородности выборки и последовательности методов лечения, возникающее в результате применения авторами процедур стратификации, было менее выражено по сравнению с поздней работой. В обзор не была также включена и работа Монтгомери и Айллона (Montgomery, Ayllon, 1994), в которой ДПДГ применяли после того, как пациентов подвергали лечению при помощи других методов.

4. В число зависимых переменных включены результаты диагностики симптомов ПТСР с помощью по меньшей мере одной стандартизированной методики. Это условие также не было выполнено в ряде работ (см., напр.: Shapiro, 1989, Silver et al, 1995, Wilson et al., 1996).

В таблице 7.1 в обобщенной форме представлена дополнительная информация о тех исследованиях, которые были включены в настоящий обзор. Приведены сведения относительно системы контроля, параметров выборки, количества и продолжительности сессий, результатов психометрических замеров эффективности лечения, наблюдаемого эффекта, а также комментарии. Приведенные в таблице исследования условно можно разделить на два блока: (1) те, в которых контрольную группу составили пациенты, включенные в лист ожидания на прохождение лечения, и (2) те, в которых применяли контрольные методы лечения. Пациенты, включенные в контрольную группу в исследованиях первого типа проходили стандартное лечение До начала терапии ДПДГ. Недостаток таких исследований состоит в том, что в них не контролируется возможность появления неспецифичного эффекта, вызванного началом лечения с применением нового метода. В исследованиях второго типа пациенты контрольной группе начинали (а не продолжали) стандартное лечение.

Таблица 7.1. Обзор исследований метода ДПДГ

Авторы	Методы лечение	Выборка продолжительность сессий	и Количество	Измерительные инструменты	Наблюдаемый эффект (д)	Комментарии
ДПДГ и перечень ожиданий (или дальнейшее стандартное лечение)						
Jensen, 1994	1.ДПДГ 2.СФЛ	25 мужчин, ветераны боевых действий с ПТСР	(1)2 сессии по 50 мин.	(1)СИПС (2)МШ	измерение исследований (1)0.97; (2)-0.36	после а, б, г, е, ж
Wilson, Becker, Tinker, 1995	1.ДПДГ 2.ЛО	40 мужчин и 40 женщин, гражданские, 46% с ПТСР	(1)3 сессии по 90 мин.	(1)ШОВТС-вторж. (2) ШОВТС-избег.	измерение исследования:	после
Rothbaum, 1997	1.ДПДГ 2.ЛО	18 женщин, жертвы изнасилования с ПТСР	(1)3 сессии по 90 мин.	(1)ШСП (2) ШОВТС-вторж. (3) ШОВТС-избег.	измерение исследования: (1)2.68; (2) 2.19; (3)2.70	после д
Chemtob, Nakashima, Hamada, Carlson (in press)	1-Дпдг 2.ЛО	32 мальчика и девочки с ПТСР	(1)3 сессии по 40 мин.	(1)ДОСП	измерение исследования: (1)1.29	после е
ДПДГ и другие виды лечения (вновь вводимое стандартное лечение)						
Vaughan, 1994	1.ДДГ 2.РВ 3.МР	13 мужчин и женщины, гражданские, 78% с ПТСР	(1) 3-5 сессий по 50 мин. (2) 3-5 сессий по 50 мин. с домашними заданиями (3) 3-5 сессий по 50 мин. с домашними заданиями	(1)ШПС (2) ШОВТС-вторж. (3) ШОВТС-избег.	измерение исследования, ДЦГ и РВ: (1)0.70; (2) 0.71; (3) -0.33; ДДГ и МР: (1)0.62; (2) 1.03; (3)0.14 отсроченное измерение, ДДГ и РВ: (1) 0.43; (2) -0.02; (3) 0.35; ДДГ и МР: (1)0.42; (2) 0.30; (3)0.47	после а

Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, Muraora, 1998	1.ДПДГ 2. БОС-Р 3.СФЛ	35 мужчин,ветераны боевых действий с ПТСР	(1)12 сессий по МШ 60-75 мин. (2) 12 ШОВТС- сессий по 40 вторж. мин. с домашним ШОВТС- заданием избег. ШКДП-част. ШКДП-избег.	измерение после 2 исследования, ДПДГ и БОС-Р: (1) 1,08; (2) 0,47; (3) 0,36 ДПДГ и СФЛ: (1) 0,91; (2) 0,41; (3) 0,0: Отсроченное измерение: ДПДГ и БОС-Р: (1) 0,97; (2) 0,70; (3) 0,90 (4) 1,90; (5) 1,88
Marcus, Marquis, Sakai, 1997	1-ДПДГ 2.СФЛ	14 мужчин и 53 женщины, гражданские ПТСР	(1)6 сессий по 50 (1)МШ (2) мин. ШОВТС с (2) 2 сессии по 90 мин. (3) 2 сессии по 90 мин.	измерение после ж исследования: ДПДГ и СФЛ: (1)0,75; (2)0,92
Scheck, Schaeffer, Gillette, 1998	1.ДВДГ 2. АС	60 молодых женщин, 77% с ПТСР	(1)2 сессии по 90 (1)ШОВТС мин. (2) 2 сессии (2)ЛО по 90 мин.	измерение после 3 исследования: ДПДГ и АС: (1)0,75; (2)0,71

Движения гла; i						
Renfrey, Spates, 1994	ДЦЦГ Автоматизированная ДПДГ ДП	5 мужчин и 18 женщин, гражданские, 91% с ПТСР	(1)2-6 сессий, длительность указана (2) 2-6 сессий, длительность не указана (3) 2-6 сессий, длительность не указана	(1)ШКДП (2) ШОВТС	недостаточная информация	а, ж
Boudewyns, Hyer, 1996	1.ДПДГ+С ФЛ ДП+СФЛ 3.СФЛ	61 мужчина, ветераны боевых действий с ПТСР	(1)5-7 сессий, длительность указана (2) 5-7 сессий, длительность не указана	(1)ШКДП (2) ШОВТС	недостаточная информация	б, г
Pitman et al., 1996	1.ДПДГ 2.ДП	17 мужчин, ветераны боевых действий с ПТСР	(1) 6 сессий по 70-110 мин. (2) 6 сессий по 70-110 мин	(1)ШКДП (2)МШ (3) ШОВТС-вторж. (4) ШОВТС-избег.	измерение после исследования: ДПДГ И ДП: (1) -0,03; (2) 0,14; (3)0,11; (4)-0,02 отсроченное измерение: ДПДГиДП: (1)0,19; (2)0,22; (3)0,39; (4)0,14	а, б, г
Дэвилли, Спенс, Рэпи, (Devilley, Spence, Raper, 1998)	1.ДПДГ+С ФЛ 2. ДП+СФЛ 3.СФЛ ПТСР	51 мужчин, ветераны боевых действий с по 90 мин.	(1)2 сессии по 90 мин. (2) 2 сессии по 90 мин.	(1)МШ	измерение после исследования: ДПДГ+СФЛ и ДП+СФЛ: (1) 0,31; ДПДГ+СФЛ и СФЛ: (1)0,03 отсроченное измерение: ДПДГ+СФЛ и ДП+СФЛ: (1) 0,25	б, в, г, д, з

Примечание: Наблюдаемый эффект определяется при помощи скорректированного g-коэффициента Хеджа, отражающего величину различий между экспериментальной (в которой применялась ДПДГ) и контрольной группами по результатам измерения непосредственно после окончания исследования или отсроченного измерения (не путать с величиной изменения, полученного в ходе лечения). Положительное значение коэффициента g означает, что в момент измерения выраженность симптомов ПТСР у испытуемых, к которым применяли процедуры ДПДГ, была ниже по сравнению с выраженностью симптомов ПТСР у испытуемых контрольной группы; отрицательное значение коэффициента g свидетельствует об обратном.

Условные обозначения. *Лечение:* ДПДГ — десенсибилизация и переработка движениями глаз; ДДГ — десенсибилизация движениями глаз; ДП — десенсибилизация и переработка (без движений глаз); ЛО — лист ожидания; СФЛ — стандартные формы лечения; БОС-Р — биологическая обратная связь и релаксация; МР — мышечная релаксация; АЛ — активное слушание; РВ — работа с воображением. *Измерительные инструменты:* СИПС, Структурированное интервью для диагностики ПТСР (SI-PTSD, Structured Interview for PTSD); ШСП, Шкала симптомов ПТСР (версия для интервьюера) (PSS-I, PTSD Symptom Scale — Interviewer Version); ИП — Интервью для диагностики ПТСР (PTSD-I, PTSD Interview); ШКДП, Шкала для клинической диагностики ПТСР (CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale); част. — частота; интенс. — интенсивность; МШ, Миссисипская шкала для ПТСР (MISS, Mississippi Scale for PTSD); ШОВТС, Шкала оценки влияния травматического события (IES, Impact of Event Scale); вторж. — вторжение; избег. — избегание; ПО, Пенновский опросник для ПТСР, (PENN, Penn Inventory for PTSD); ДОСП, Детский опросник симптомов ПТСР (CSI, Childhood Symptom Inventory). *Комментарии.* Факторы, объясняющие получение негативных результатов: а — недостаточное количество испытуемых в выборке; б — трудно поддающиеся лечению случаи; в — спорная рандомизация; г — спорный выбор продолжительности лечения и/или сомнения в правильности проведения ДПДГ; д — привлечение единственного психотерапевта; е — неадекватное или недостаточное использование измерительных инструментов; ж — пристрастия эксперта, проводящего измерительные процедуры (не использован "слепой метод"); з — проведение дистантного (по телефону, электронной почте) отсроченного измерения.

Исследования с привлечением контрольной группы пациентов, включенных в лист ожидания или продолжающих стандартное лечение

Йенсен (Jensen, 1994) провел исследование, в котором приняли участие 25 мужчин-ветеранов войны во Вьетнаме с ПТСР, получавшие психиатрическую помощь в Медицинском центре Управления по делам ветеранов (VA Medical Center). Тринадцать из них были отобраны для прохождения двух сеансов ДПДГ, дополнивших текущее лечение. После окончания лечения ни в одной группе не было отмечено значимого снижения интенсивности симптомов, напротив, можно говорить о некотором ухудшении состояния пациентов в обеих группах. Вместе с тем, как указано в графе «Комментарии» в таблице 7.1, исследование имело ряд недостатков (например, выборка включала лиц с трудноизлечимыми видами расстройства; к работе привлекались психотерапевты, не обладавшие достаточным клиническим опытом).

Вильсон с соавт. (Wilson et al., 1995) разделили выборку из 40 мужчин и 40 женщин, имевших различный травматический опыт (в большинстве случаев не связанный с военными действиями), на две группы. Пациентам одной было назначено по три сеанса ДПДГ, пациенты второй были включены в лист ожидания на ДПДГ. Пациенты, получавшие стандартное лечение, впоследствии также проходили лечение ДПДГ. Результаты показывают, что пациенты, прошедшие курс ДПДГ, имели улучшение по всем показателям, в частности, по тем, которые отражали травматическую симптоматику, в то время как пациенты, получавшие стандартное лечение, — нет. Таким образом, эффект лечения оказался высоким и последующие повторные измерения показали его рост по пяти из девяти показателей. В данном исследовании психотерапевтическому воздействию подвергались люди, перенесшие единичную травму, что затрудняет перенос результатов на случай множественной травматизации. Пятнадцать месяцев спустя Вильсон с соавт. провели повторное обследование 66 человек из числа тех, которых лечили с помощью ДПДГ (Wilson et al., 1997), показавшее устойчивость результатов лечения. Кроме того, всего лишь после трех сеансов ДПДГ состояние 84% пациентов, которые приняли участие в этом исследовании и у которых ранее было диагностировано ПТСР, уже не соответствовало критериям данного заболевания.

В исследовании Ротбаум (Rothbaum, 1997) 18 женщин с ПТСР, подвергшихся сексуальному насилию, были разбиты на две группы: включенные в список ожидания на терапию и те, кому назначили три сеанса ДПДГ. Пациентки из группы ДПДГ показывали значимое улучшение по симптоматике ПТСР, и после применения ДПДГ у 90% пациенток диагноз ПТСР был снят. В контрольной группе было зафиксировано лишь 12% таких случаев.

В своем последнем исследовании Чемтоб с соавт. (Chemtob et al., in press) изучали эффективность ДПДГ на 32 учащихся начальной школы у которых через три года после того, как они пережили очень сильный ураган, был диагностирован ПТСР. Итогом лечения стало значительное снижение показателей по Опроснику детских реакций (CRI, Children's Reaction Inventory), и в то же время снижение по симптомам тревоги и депрессии были значимыми, но менее выраженными. Достигнутые результаты были подтверждены также отсроченным измерением, проводившимся по прошествии 6 месяцев.

Сопоставление ДПДГ с контрольными видами лечения (или с новыми видами стандартного лечения)

Возн с коллегами (Vaughan et al, 1994) провели сопоставление ДПДГ с двумя другими видами лечения на 36 пациентах, перенесших психическую травму. Семнадцать пациентов были первоначально включены в лист ожидания. Далее каждому из участников исследования была назначена одна из трех процедур: ДПДГ, тренинг навыков работы с воображением или тренинг мышечной релаксации. В курс лечения с помощью двух последних видов терапии входили ежедневные домашние задания, выполнявшиеся в перерывах между сессиями. Пациентам, проходившим лечение с помощью ДПДГ, домашние задания не предлагались. Диагностика состояния, проводимая сразу после завершения лечения и некоторое время спустя, показала значимые улучшения в группах, проходивших лечение по сравнению с группой ожидания. Что же касается выраженности симптомов ПТСР в целом, то значимых различий между группами обнаружено не было. Тем не менее у пациентов, к которым применяли ДПДГ, наблюдалось улучшение по некоторым симптомам вторжения (флэш-бэк и ночные кошмары). Эти данные были подкреплены также результатами, полученными по субшкале вторжения из Шкалы оценки влияния травматического события (IES, Impact of Event Scale), которую пациенты заполняли по окончании лечения. При отсроченном измерении пациенты, прошедшие курс ДПДГ, вновь показали хорошие результаты по субшкале вторжения. Однако межгрупповые различия утратили значимость, поскольку пациенты из двух других групп также улучшили свои результаты по этой субшкале.

Маркус с соавт. (Marcus et al., 1997) провели исследование ПТСР на 67 пациентах, наблюдавшихся в крупной организации по оказанию медицинской помощи. Пациенты, обратившиеся в эту организацию и не проходившие ранее курса лечения от ПТСР, прошли диагностическую процедуру. После первичной оценки текущего состояния всем пациентам, которым был поставлен диагноз ПТСР, назначалась либо терапия ДПДГ, либо стандартный курс лечения, включавший индивидуальное наблюдение, фармакотерапию и/

или групповую терапию. Пациенты из обеих групп находились в дневном стационаре, получали медикаментозное лечение, и для них предусматривалась возможность госпитализации в случае необходимости. План исследования не предполагал фиксированного числа сессий при всех видах лечения, что позволило авторам исследования рассмотреть это число как зависимую переменную. По результатам оценки симптомов ПТСР депрессии и тревоги у пациентов, получавших терапию ДПДГ, улучшение было более выражено и наступало значительно быстрее. После курса лечения ДПДГ состояние более чем 77% принявших участие в исследовании испытуемых более не соответствовало диагностическим критериям ПТСР, в то время как доля таких пациентов в группе стандартного лечения составила 50%. Пациентам, прошедшим курс ДПДГ, потребовалось меньше часов дополнительного лечения и сессий по коррекции приема лекарственных средств по сравнению с пациентами из второй группы.

Шек с соавт. (Scheck et al., 1998) назначили 60 женщинам, страдающим от травматических воспоминаний и демонстрирующим дисфункциональное поведение (например, промискуитет, бегство из дома) по два сеанса ДПДГ или по два сеанса рожерианского активного слушания (АС), которые проводились двумя разными группами терапевтов. В обеих группах по всем методикам было зафиксировано статистически значимое улучшение. Оценка состояния, проведенная спустя некоторое время после окончания лечения, показала более низкую — по четырем методикам из пяти — выраженность симптомов у группы пациенток, которые проходили терапию ДПДГ, по сравнению с пациентками, которым было назначено активное слушание. Хотя АС также дало снижение выраженности симптоматики, все же эффект ДПДГ был в два раза сильнее.

В исследовании Карлсон с соавт. (Carlson et al., 1998) 35 мужчинам-ветеранам боевых действий, проходившим амбулаторное лечение, были назначены либо стандартный курс лечения, либо 12 сессий ДПДГ, либо 12 сессий биологической обратной связи и релаксации. После окончания лечения в группе ДПДГ было получено значительно более заметное улучшение по сравнению с двумя другими группами. Хотя интенсивность симптомов физиологического возбуждения в ходе лечения снизилась у всех пациентов, все же значимых различий между группами по этому показателю обнаружено не было. По прошествии трех месяцев группа пациентов, получивших стандартное лечение, была исключена из исследования, между тем пациенты, получившие ДПДГ, попрежнему имели меньшую выраженность симптомов по сравнению с теми, кому была назначена биологическая обратная связь и релаксация. Через девять месяцев удалось обследовать 90% пациентов из первой группы и только 46% — из второй. Оценка состояния бывших пациентов показала, что в группе ДПДГ выраженность симптомов по-прежнему

ниже по сравнению с группой биологической обратной связи. Для 75% пациентов, прошедших лечение с помощью ДПДГ, по истечении девятимесячного срока критерии ПТСР по-прежнему не выполнялись. Работники, занимающиеся диагностикой состояния пациентов, отмечали значимо более высокий уровень удовлетворенности результатами лечения у пациентов из группы дпдг.

Заканчивая краткий обзор работ, выполненных с привлечением контрольных групп и посвященных оценке эффективности ДПДГ в сопоставлении с другими методами лечения, отметим, что как свидетельствует из представленных в таблице 7.1 данных, эффект применения ДПДГ практически во всех случаях позитивен и очень часто — значителен.

ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ИЗУЧЕНИЮ ЗНАЧЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ ГЛАЗ В ДПДГ

С тех пор как Ф. Шапиро предложила свою методику десенсибилизации и переработки движениями глаз (Shapiro, 1989), в которой движениям глаз, производимым пациентами в момент сосредоточения внимания на воспоминании о травматическом событии, отводилось центральное место, глаздвигательный компонент ДПДГ стал объектом дискуссий и критического анализа. Было выполнено несколько «разоблачительных» исследований, направленных на оценку специфического эффекта движений глаз и их вклада в общий итог лечения. В этих работах проводилось сопоставление терапии ДПДГ, с той или иной степенью точности следующей стандартному протоколу, с контрольными процедурами ДПДГ, в которых вместо совершения движений глазами пациента просили их просто закрывать или фиксировать взор на неподвижном объекте.

Ринфри и Спэйтс (Renfrey, Spates, 1994) провели исследование, в котором приняли участие 23 гражданских лица — 5 мужчин и 18 женщин. Все испытуемые, кроме двух, имели диагноз ПТСР. Восемь пациентов были направлены на прохождение процедуры ДДГ, еще восемь — на процедуру, предусматривавшую движения глаз, направление которым задавали два мигающих источника света, располагавшихся один на левом, другой на правом крае зрительного поля пациента и включавшихся попеременно. Остальные семь пациентов фиксировали взгляд на неподвижном источнике световых вспышек. Испытуемые всех групп работали с травматическими воспоминаниями по оригинальной процедуре ДДГ, описанной Шапиро (Shapiro, 1989). В ходе исследования предусматривалось проведение от двух до шести сеансов^в зависимости от успешности хода лечения в каждом конкретном случае. Авторы не приводят детального описания результатов, отмечая при этом

улучшение — хотя и не значимое статистически — в состоянии пациентов всех трех групп.

В предварительном сообщении об одном из этапов незаконченного исследования Боудевинз и Хир (Boudewyns, Huyer, 1996), используя процедуру рандомизации, 61 пациенту-мужчине, ветерану войны, назначали или курс стандартного лечения, или курс стандартного лечения в сочетании с 5-7 сессиями ДПДГ, или же стандартное лечение в сочетании с аналогом терапии ДПДГ, который отличался от ДПДГ тем, что испытуемому давалась инструкция держать глаза закрытыми в течение всей сессии, а не совершать возвратно-поступательных движения. Как показывают результаты применения Шкалы для клинической диагностики ПТСР (CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale), по окончании лечения уровень посттравматической симптоматики значимо снизился во всех трех группах, причем значимых межгрупповых различий не наблюдалось. По параметрам шкалы оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-IES) значимые различия между группами также не были зафиксированы. Как во второй, так и в третьей группе в результате лечения имело место статистически значимое снижение уровня физиологической реактивности, измеряемой по частоте сердечных сокращений, а также снижение по показателям тревоги, полученных при помощи шкал самоотчета, в то время как в первой группе эти показатели, напротив, возросли.

В исследовании Девилли с соавт. (Deville et al, 1998) ветераны с хроническим посттравматическим расстройством, связанным с прохождением военной службы, были распределены на лечение следующим образом: 19 человек были направлены на прохождение двух сеансов ДПДГ, 16 человек — на прохождение альтернативной процедуры, в которой наблюдение за фиксированным мигающим источником света являлось альтернативным заместителем движений глаз. Третья группа, состоявшая из 16 мужчин, получала стандартную психиатрическую помощь. Хотя по всем измерениям три выделенные группы показали улучшение, в первых двух группах (лечение в которых проводилось с применением ДПДГ и ее аналога) результаты были более выражены; при этом различий между первой и второй группами не выявились. По прошествии шести месяцев показатели по симптомам вернулись на тот уровень, который был зафиксирован до начала лечения.

В исследовании Питмэна и его коллег (Pitman et al., 1996) 17 мужчин-ветеранов Вьетнама, страдавших ПТСР и проходивших амбулаторное лечение, случайным образом были разделены на две группы. Пациентам, вошедшим в первую группу, была назначена терапия ДПДГ, а пациентам второй — аналог ДПДГ в контролируемых условиях с фиксацией взгляда. При проведении сеанса терапии у пациентов из второй группы терапевт также совершал движения пальцами перед лицом испытуемого, однако тот, в соответствии с

инструкцией, должен был не следить глазами за рукой терапевта, а ритмично постукивать пальцами обеих рук. По прошествии шести сессий, посвященных переработке какого-то одного конкретного травматического воспоминания, испытуемые перемещались из первой группы во вторую, и наоборот, и далее проводилось еще шесть сеансов с помощью другой терапевтической процедуры, при помощи которой происходила работа с другим связанным с боевым опытом травматическим воспоминанием. В обеих группах было зарегистрировано умеренное улучшение состояния. Межгрупповые различия отсутствовали, за исключением показателей избегания по Шкале оценки влияния травматического события (IES, Impact of Event Scale), оказавшихся ниже для группы, где лечение проводилось при помощи фиксации взгляда. Исследование Мэклин и коллег (Masklin et al., 2000), проведенное через пять лет, показало, что улучшение, достигнутое по ходу лечения, утрачено, иными словами, показатели состояния пациентов были теми же, что и у пациентов, не проходивших курса лечения, применявшегося в данном исследовании. Следует, однако, отметить, что выбор в качестве цели лечения только двух строго очерченных травматических воспоминаний мог заметно повлиять на эффективность терапевтической процедуры в отношении симптомов ПТСР в целом.

Итак, результаты приведенных в данном обзоре исследований демонстрируют слабую поддержку гипотезы о критическом вкладе производимых пациентом движений глаз в эффективность лечения с помощью ДПДГ. Однако многие из рассмотренных работ имеют методические недостатки (см. графу «Комментарии» в таблице 7.1), поэтому преждевременно делать окончательные выводы по этому вопросу. К числу упомянутых недостатков относится, например, привлечение к участию в исследовании трудно поддающихся лечению испытуемых; спорный выбор продолжительности лечения и сомнения относительно точности соблюдения правил лечебных процедур; работа с маленькими выборками. Каздин и Басе (Kazdin, Bass, 1989), изучавшие вопрос о влиянии плана исследования и размера выборки на неадекватную оценку эффективности того или иного метода в исследованиях, призванных сопоставить различные методы лечения, специально отмечают важность оценки специфического эффекта, который вносится каждым отдельным компонентом той или иной процедуры лечения в общую результативность Метода. Вкратце следует отметить необходимость дополнительных исследований, составленных по планам, которые позволят скорректировать указанные недостатки при помощи соблюдения тщательно контролируемых экспериментальных условий, высокого уровня точности воспроизведения лечебных процедур, а также увеличения размеров выборок, которые должны быть составлены из числа поддающихся лечению пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Отталкиваясь от данных, приведенных в семи публикациях, посвященных исследованиям эффективности лечения, выполненных в контролируемых условиях с применением процедуры рандомизации, мы присваиваем терапии ДПДГ рейтинг А/В по классификации АНСРР. Литера «А», согласно этой оценке, означает, что по результатам исследований, включенных в обзор, пациенты, прошедшие курс терапии ДПДГ, показали улучшение по симптомам ПТСР в сравнении с пациентами, внесенными в лист ожидания, пациентами, прошедшими обычный курс лечения, и теми, по отношению к кому применяли контрольные методы лечения. Литера «В» означает, что для повышения уровня достоверности выводов об эффективности ДПДГ требуется провести дополнительные исследования, которые позволят восполнить недостатки предыдущих исследований благодаря более широкому контролю за условиями их проведения, с одной стороны, а с другой — что необходимы новые работы по сравнению ДПДГ с другими методами лечения ПТСР. Опыт показывает, что ДПДГ, как и любой другой вид лечения, дает лучшие результаты в случаях психической травмы, вызванной единичным событием в мирных условиях, по сравнению со случаями ветеранов войн с хроническим, плохо поддающимся лечению заболеванием, которые испытали множественную психическую травматизацию, часто являются пациентами стационаров, страдают от злоупотребления психоактивными веществами, ищут денежной компенсации и/или ранее были полностью резистентны к проводимому лечению.

Важно помнить об отличиях лечения ПТСР от лечения единичного травматического воспоминания. В некоторых ранних исследованиях это различие не учитывалось, что приводило к нереалистичным ожиданиям. В соответствии с этим при проведении ДПДГ необходима такая продолжительность лечения и такое количество сессий, которые будут соответствовать сложности травмы и числу травматических воспоминаний.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящее время финансирование исследований ДПДГ осуществляется различными фондами. В результате большинство известных к настоящему времени исследований проведены в полевых условиях, в связи с чем они характеризуются более высокими показателями по внешней валидности и более низкими показателями — по внутренней. Данное обстоятельство не позволяет считать такие работы безукоризненными. Так, сторонники

ДПДГ утверждают, что степень точности следования правилам проведения процедуры ДПДГ сильно влияет на величину эффективности этого вида терапии. Однако в большинстве современных исследований по ДПДГ для оценки степени точности следования правилам проведения процедуры ДПДГ не были использованы полноценные методы измерения, такие, например, как привлечение экспертов или опросные листы. Установление подобного рода контроля при проведении исследований — давно ожидаемый необходимый шаг для того, чтобы сделать обоснованный вывод относительно эффективности ДПДГ в лечении ПТСР.

Признание ДПДГ эффективным психотерапевтическим методом, конечно же, не означает автоматического признания верности теоретической концепции, лежащей в основе этого метода, или центральной роли движений глаз и эффективности других, специфичных для данного метода компонентов. С другой стороны, данные, подтверждающие эффективность процедуры, предусматривающей многократное, пошаговое и кратковременное обращение к травматическому материалу, подразумевают пересмотр традиционных теоретических представлений, на которых основаны терапевтические методы, требующие длительной и непрерывной работы с травматическим материалом (Eysenck, 1979). Дальнейшие разработки в этой области способны расширить наши представления о возможных механизмах лечения травмы. Также требуются дополнительные тщательно спланированные клинические исследования и для того, чтобы выявить тот компонент процедуры ДПДГ, который, собственно, делает ее эффективной. В идеале такие работы должны проводиться на пациентах, которые хорошо поддаются лечению (например, относительно недавно подвергшихся единичной трав-матизации), так как довольно сложно выявить вызванные терапией изменения в состоянии тех пациентов, которые вообще трудно поддаются лечению.

Также необходимо провести работы по сопоставлению ДПДГ с другими методами лечения ПТСР на более крупных выборках. В этих исследованиях не следует ограничиваться только вопросом эффективности, а охватывать и другие важные аспекты, такие, как действенность лечения (Marcus et al., 1997), комфортность и переносимость для пациента (Pitman et al., 1996; Cahill, Frueh, 1997), которые могут выступать как преимущества данного вида терапии. Важно также определить, какие особенности пациентов позволяют заранее выбрать наиболее эффективный вид лечения. Необходимо также продолжить изучение эффективности применения ДПДГ при лечении ПТСР У Детей. Наконец, следует отметить, что в настоящее время методом ДПДГ, Который является высоко стандартизованным методом, овладело очень много Психотерапевтов. Эти терапевты представляют собой весьма ценный ресурс Для проведения в будущем широкомасштабных длительных тщательных Исследований методов лечения ПТСР.

ЛІТЕРАТУРА

- Boudewyns P. A., Hyer L. A.* (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185-195.
- Boudewyns P. A., Stwertka S. A., Hyer L. A., Albrecht J. W., Sperr E. V.* (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *Behavior Therapist*, 16, 29-33.
- Bower G. H.* (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Cahill S. P., Frueh B. C.* (1996). Flooding versus eye movement desensitization and reprocessing therapy: Relative efficacy has yet to be investigated (comment on Pitman et al.). *Comprehensive Psychiatry*, 38, 300-303.
- Carlson J. G., Chemtob C M., Rusnak K., Hedlund N. L., Muraoka M. Y.* (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Chemtob C M., Nakashima J., Hamada R., Carlson J.* (in press). Brief treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*
- Chemtob C M., Roitblat H. L., Hamada R. S., Carlson J. G., Twentyman C. T.* (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2(3), 253-275.
- Devilly G.J., Spence S. H.* (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Devilly G.J., Spence S. H., Rapee R. M.* (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455.
- Eysenck H.J.* (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155-199.
- Feske U.* (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 171-181.
- Foa E. B., Kozak M.J.* (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa E. B., Meadows E.A.* (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa E. B., Steketee G., Rothbaum B. O.* (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Forbes D., Creamer M., Rycroft P.* (1994). Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: A pilot study using assessment measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 113-120.
- Horowitz M.J.* (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Janet P.* (1973). *L'automatisme psychologique*. Paris: Societe Pierre Janet.
- Jensen J. A.* (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311-325.

- fczadin A. E., Bass D.* (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Lang P-J-* (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- lazrove S., Triffleman E., Kite L., McGlashan T., Rounsaville B.* (1998). An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69,601-608.
- lohrj. M., Tolin D. E., LiliensfeldS. O.* (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.
- Macklin M. L., MetzgerL.J., Lasko N. B., Berry N.J., OrrS. P., Pitman R. K.* (2000). Five-year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(1), 24-27.
- Mahoney M.J.* (1978). Experimental methods and outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 660-672.
- Marcus S. V., Marquis P., Sakai C.* (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Montgomery R. W., Ayllon T.* (1994). Eye movement desensitization across subjects: Subjective and physiological measures of treatment efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 217-230.
- PiagetJ.* (1950). *The psychology of intelligence*. New York: Harcourt, Brace World.
- Pitman R. K., OrrS. P., Altman B., Longpre R. E., Poire R. E., Macklin M. L.* (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Renfrey G., Spates C R.* (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Rothbaum B. O.* (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Scheck M. M., SchaefferJ. A., Gillette C.* (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11,25-44.
- Shapiro F.* (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro F.* (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro F.* (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Evaluation of controlled PTSD research. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 209-218.
- Shapiro F.* (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13,35-67.
- Silvers. M., Brooks A., ObenchainJ.* (1995). Treatment of Vietnam War veterans with PTSD: A comparison of eye movement desensitization and reprocessing, biofeedback, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342.

- Spector J., Read J.* (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.
- van der Kolk B. A.* (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Vaughan K., Armstrong M.S., Gold R., O'Connor N., Jenneke W., Tamer N.* (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Wilson D. L., Silver S. M., Covi W. G., Foster S.* (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219-229.
- Wilson S. A., Becker L. A., Tinker R. H.* (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wilson S. A., Becker L. A., Tinker R. H.* (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

Групповая терапия

Дэвид У.Фой, Ширли М. Глинн, Паула П. Шнурр, Мэри К. Янковски, Мелисса С. Ваттенберг, Даниэл С. Вейс, Чарльз Р. Мармар, Фред Д. Гусман

Цель этой главы — представить критический обзор современных групп-терапевтических подходов к лечению хронического посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). В начале рассмотрена история групповой терапии ПТСР, а затем кратко изложена дискуссия между тремя наиболее распространенными групп-терапевтическими подходами. Подробно описаны исследования, служащие эмпирическим подтверждением эффективности использования групповой терапии ПТСР; отмечены показания и противопоказания применения групповой терапии в лечении отдельных случаев; обозначены перспективы будущих исследований.

Возможно, не является простым совпадением тот факт, что групповая терапия заняла первые позиции среди методов лечения ПТСР в эпоху, когда диагноз ПТСР был признан психиатрическим и когда в 70-е годы произошло бурное развитие различного рода групп-терапевтических методов и методов самолечения (см. напр.: Horowitz, Solomon, 1975). В большинстве случаев использование групп-терапевтических методов для ПТСР основывается на очевидной необходимости контакта с другими людьми во время терапевтической работы, когда механизмы совладания с травмой вызывают чувства изоляции, отчуждения и бесчувствия (Allen, Bloom, 1994). По-видимому, групповое воздействие больше подходит даже для таких групп, как ветераны вьетнамской войны или жертвы сексуального насилия, которые ощущают, что они выброшены из социума, или даже осуждают и обвиняют себя за то,

что с ними случилось. Более того, не удивительно, что для тех индивидов которые испытывают отчуждение от социума, групповые интервенции изначально способствуют принятию моделей «выживший помогает другому» или «братья и сестры». В таких группах фасилитатор имеет такой же травматический опыт, что и члены группы (Lifton, 1973; Shatan, 1973). Эти интервенции делают акцент на взаимных обязательствах. Движение ветеранских групп общения «rap groups» и создание службы VA Readjustment Counseling Service, в которую ветераны нанимаются для сопровождения и помощи другим ветеранам вне традиционного госпитального лечения, являются выражением сути групп-терапевтических подходов.

Хотя неформальные группы общения исторически занимают существенное место в развитии групп-терапевтических методов лечения ПТСР, однако не существует установленных эмпирических исследований, которые могли бы быть формальными доказательствами эффективности этих групп в восстановлении после травматических событий. Однако в течение последних 20 лет профессионалы в области психического здоровья, имеющие различные теоретические ориентации, выделили и исследовали большое количество типичных групповых методов для лечения ПТСР. В отличие от групп общения эти методы придерживаются более ясного описания сходств и различий между терапевтом и клиентом и предназначены для членов группы, которые имеют сходную психиатрическую симптоматику и прошли тщательную диагностику. Некоторые авторы считают, что эти методы предназначены в особенности для хронических форм ПТСР (Walker, Nash, 1981).

С теоретической точки зрения групповые подходы можно классифицировать как «поддерживающие», «психодинамические» и «когнитивно-бихевиоральные». Хотя они могут расходиться в формулировании этиологии симптомов и технических средствах, эти подходы имеют определенные черты сходства: (1) гомогенный состав членов группы для одного типа травмы (например, ветераны или жертвы сексуального нападения); признание травматического воздействия; (3) нормализация травматических реакций; (4) участие других членов группы со сходной травматической историей в рассеивании убеждения, что терапевт не может оказать помощь пострадавшим, потому что он не имеет подобного травматического опыта; и (5) принятие неосуждающей позиции по отношению к поведению пострадавшего во время травматического события. Применение этих принципов усиливает психологическую безопасность, доверительную и надежную терапевтическую среду.

Для каждого из трех типов группового воздействия высоко оценивается теоретический вклад принципов группового процесса, предложенный Яломом (Yalom, 1975) (например, важность постепенно возрастающей надежды). Тем не менее необходимо высказать утверждение, что ни один из этих подходов не является в строгом смысле «процесс-ориентированным»>

т.е. нельзя считать, что основной активно воздействующий элемент этих видов терапии является суммарным выражением первичной семейной группы или интенсивного аффекта членов группы в связи с их взаимоотношениями. Для того, чтобы показать, как организованы группотерапевтические методы, и обратиться к травматическому опыту членов группы, необходимо провести различие между «покрывающими» и «вскрывающими» методами. Поддерживающие группы представляют «покрывающий» подход, в котором основное внимание уделяется текущим жизненным вопросам, в то время как психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы направлены на то, чтобы члены группы прямо обратились к «травматическому опыту и воспоминаниям» (например, «вскрытие» травмы). Действительно, современные психодинамические и когнитивно-бихевиоральные групповые способы лечения часто описываются как «травма-фокусированные» группы, основной чертой которых является рассказ о травматическом событии. Скорее всего, любые сфокусированные на травме группы функционируют как «закрытые», не принимающие других членов группы, в то время как поддерживающие группы работают в «открытом» формате, при котором новые члены группы могут присоединиться после того, как группа начала свою работу. Некоторые клиницисты убеждены, что более подходящей является комбинация подходов, подобранная к специфике индивидуальной фазы расстройства и к клиническому статусу (см., напр.: Herman, 1992).

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

В этом разделе приводится краткое описание трех видов групповых техник психотерапевтической работы: поддерживающей групповой терапии, психодинамической групповой терапии и когнитивно-бихевиоральной групповой терапии.

Поддерживающая групповая терапия

Несмотря на различия в целях и теоретической ориентации, группы поддерживающего типа имеют «семейное сходство», которое характеризуется некими определенными особенностями. В отличие от терапий «вскрывающего» типа, поддерживающая групповая терапия очень мало уделяет внимание деталям травматических событий, хотя признает влияние травмы. Терапевтические интервенции направлены на работу с аффектами, имеющими не столь острую интенсивность (например, фрустрация, печаль, счастье, боль), ослабляя более сильные аффекты, которые могут стать слишком интенсивными (например, гнев, ужас). Хотя поддерживающая терапия может

включать структурирование материала, но целью такой информации обычно является повышение уровня комфорта группы, иначе содержание травматического события используется в тренинге когнитивно-бихевиоральных навыков и в образовательных группах. Обычно требования к клиенту минимальны, домашние задания очень малы или вовсе не даются, также не проверяется степень усвоения материала. Поддерживающие группы создаются для формирования чувства межличностного комфорта и удерживают перенос на минимальном, необходимом для участия в группе уровне.

В отличие от психотерапии прямого обращения к травме, вскрывающей травму терапии и терапии формирования навыков поддерживающая групповая терапия создает контекст, который ориентирует участников на непосредственное совладание с травмой. У индивидов с ПТСР борьба с навязчивостями, избеганием, симптомами «эмоционального онемения» и гипервозбуждением может разрушать повседневную жизнь. Со временем этот разрыв, вызванный прошлой травмой, может наложиться на текущие жизненные обстоятельства и вести к нарушениям функционирования. Обладая множеством присущих групповой терапии факторов (Yalom, 1975), поддерживающая терапия мобилизует силу и компетентность членов группы для того, чтобы редуцировать или контролировать влияние симптомов и вызванных травмой аттитюдов тогда, когда они воздействуют на социальное, эмоциональное, профессиональное функционирование, на отдых и здоровье.

«Поддерживающий» является общим термином для большого количества различных групповых подходов, которые концентрируют свое внимание на текущих жизненных вопросах и проблемах. Поддерживающие группы могут быть созданы в рамках клинического или более свободного сеттинга, чтобы вызвать у членов группы чувство общности, противостоящее обстоятельствам и хроническим условиям изоляции. В соответствии с ПТСР-программами поддерживающие группы могут создаваться как первичная «вводная» терапия, готовящая пациентов к последующей терапии, или как поддержка другого вида терапии (например, индивидуальная и групповая работа с травмой или формирование навыков). В интенсивных ПТСР-программах для амбулаторных пациентов, для полуамбулаторных пациентов или для пациентов, находящихся в стационаре, эта работа часто является «клеем», который скрепляет все виды лечения, обеспечивая сцепление, увеличивающее комфорт пациентов в рамках других видов психотерапии, предъявляющих большие ожидания к пациенту.

Психодинамическая групповая терапия

Цель психодинамической групповой терапии ПТСР — дать каждому пациенту, пережившему травму, новое понимание того, что значила для него травма и реакции на нее, а также помочь пациенту не уклоняться от вопросов*

которые поставлены перед ним травматическим опытом. С точки зрения психодинамического психотерапевтического подхода ключевым терапевтическим компонентом является прояснение представления о себе и о других людях, вовлеченных в реакцию на травматическое событие. Такое прояснение может происходить в форме когнитивной оценки внутреннего диалога о значении травматического события, «извлеченного урока» или личностных смыслов, присвоенных травматическому событию или его аспектам. В этот процесс входит проработка сознательных и бессознательных я-концепций, связанных со слабой и сильной я-репрезентациями, появление которых вызвано травмой, в то время как эти я-концепции имеют отношение к актуальным конфликтам в «я» и связаны с я-репрезентациями раннего периода развития. Прояснение часто возникающих убеждений о значении травмы для индивида может быть столь же важным, как и прохождение группового терапевтического лечения, при котором дискуссия о травматическом опыте проходит в безопасной обстановке.

Эффективная терапия интегрирует точный рассказ о травматических событиях с до- и послетравматическими вопросами, которые являются важными компонентами истории пациента. Последние могут включать реакцию семьи или значимых других, а также вопросы, касающиеся социального окружения травматического события. Фундаментальным требованием психодинамического подхода является оптимальная степень аффективной вовлеченности, которая постоянно отслеживается для того, чтобы контролировать появление у пациента чувства захваченности и снизить риск быстрого появления диссоциативных реакций. Эта аффективная вовлеченность обычно проходит путь к успокоению — «спокойствию после бури» — через чувство тревоги, предшествующего рассказу о травматическом инциденте, тревогу или/и слезы боли во время рассказа, в результате терапевтического процесса обычно происходит консолидация всех этих чувств. В психодинамическом подходе болезненные аффекты часто возвращают пациента к иррациональному взгляду на себя и других. Эти иррациональные точки зрения нередко включают потребность в omnipotentном контроле (чувстве всемогущества), убеждение, что предательство неизбежно, что травма происходит только по понятной и позитивной причине и что избегание сильных чувств является необходимой или позитивной стратегией.

Когнитивно-бихевиоральная групповая терапия

Изначальной целью когнитивно-бихевиоральной групповой терапии является прямое ослабление симптомов ПТСР или увеличение у членов группы степени контроля над хроническими симптомами. Улучшение самоконтроля и качества жизни у тех, чьи жизни контролируются их симптомами,

как и быстрое снятие симптомов, кажутся в равной мере важными задачами. Подчеркивая эти цели, необходимо принимать в расчет неподатливую для терапии природу хронического ПТСР, особенно это относится к риску возвращения симптомов через большие промежутки времени. Однако когнитивно-бихевиоральный подход стремится подвести членов группы к принятию реалистичной задачи — жить более полной жизнью, справляясь с риском периодического возникновения симптомов.

Основное внимание в ходе терапии уделяется использованию систематического, постоянного возвращения к рассказу о травматическом событии и когнитивному реструктурированию травматического опыта, а также повторению превентивного тренинга для того, чтобы укрепить у членов группы навыки совладания и ресурсы для поддержания контроля над симптомами ПТСР и сопутствующими симптомами (Foy et al., 1997). Когнитивно-бихевиоральная модель групповой терапии травмы может быть построена с учетом идеи развития, т.е. включать важные взаимоотношения и опыт членов группы, имевшие место в течение жизни (дотравматический, травматический и посттравматический жизненные срезы), хотя в момент терапии они являются людьми среднего возраста (Gusman et al., 1996). Таким образом, в когнитивно-бихевиоральных подходах к групповой терапии может быть акцентирован автобиографический подход, включающий рассказы об индивидуальных историях, представление о членах группы как о беспристрастных свидетелях этого рассказа, поочередное описание значительных событий жизни всеми участниками группы. Кроме того, побуждая каждого члена группы по несколько раз переживать личный опыт трагических событий и быть свидетелями переживаний других участников группы, когнитивно-бихевиоральный метод синтезирует процесс переработки травмы. И заключительным базовым компонентом когнитивно-бихевиоральной групповой терапии травмы является повторение превентивных навыков. Привлечение внимания к превентивному использованию источников мобилизации для совладания с травмой помогает сохранять достигнутые во время терапии результаты в перерыве между сессиями, а также после завершения терапии.

Различия между психодинамическим и когнитивно-бихевиоральными подходами

Несмотря на то, что психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы основываются на положении, что нужно работать непосредственно с травмой, тем не менее они различаются в определении целей терапии, ее методов и механизмов. Психодинамическая групповая терапия ориентируется на возрастание внутреннего понимания пострадавшим своего травматического опыта и реакций на него и на придание смысла актуальной жизни. Напротив-

когнитивно-бихевиоральная терапия изначально старается снизить связанные с травмой симптомы или улучшить контроль над ними. Осторожность в пересказывании травматического события и контроль над аффектами типичны для психодинамической терапии, тогда как когнитивно-бихевиоральный метод использует длительный, постоянно повторяющийся прямой рассказ о травматическом опыте. Реструктурирование репрезентации «Я — Другие», вероятнее всего, относится к психодинамической терапии по контрасту с принципами научения и затухания, присущими когнитивно-бихевиоральной теории.

МЕТОД СБОРА ДАННЫХ

Основным методом поиска эмпирических исследований ПТСР был поиск в базе данных PILOT Национального Центра ПТСР в Вермонте. Кроме того, были опрошены члены подкомитета по групповой психотерапии с тем, чтобы они оценили исследования, которые не были идентифицированы. Стандарты для оценки методологического подхода были взяты из работ Каздина и Басса (Kazdin, Bass, 1989) и Фoa и Мидоуз (Foa, Meadows, 1997).

КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

В этом разделе приводится краткий обзор клинических данных по групповой терапии для взрослых пациентов с травмой. В обзор не включены исследования отдельных случаев и отчеты об эффективности мультикомпонентных программ для пациентов, проходящих лечение в стационаре, для которых применяются комбинации различных видов групповой терапии. В таблице 8.1 приведены исследования, включенные в обзор, а также информация об отдельных методологических характеристиках и об основных результатах. Как правило, общая длительность лечения 10-15 сессий с частотой раз в неделю (с разбросом от 6 недель до 1 года) и длительностью сессий от 1,5 до 2 часов. В таблицах 8.2 и 8.3 отражены результаты психотерапии тех исследований, которые содержат количественную оценку результатов. Почти все исследования были проведены на женщинах — жертвах сексуальных злоупотреблений в детстве или во взрослом возрасте; исследований, проведенных на группе мужчин, было обнаружено очень мало.

Поддерживающая групповая терапия

" в таблице 8.1 представлены три исследования (Cryer, Beulter, 1980; Pichter et al., 1997; Tutty et al., 1993), проведенных для оценки поддерживающей

Таблица 8.1. Исследования групповой терапии для людей, переживших травматическое событие: когнитивно-бихевиоральная, психодинамическая и поддерживающая психотерапия

Экспериментальное исследование вида психотерапии	Психотерапевтические группы (% от списка)	Контрольная группа (% от списка)	Количество сессий/численность группы	Выборка	Основные результаты
Рандомизированные выборки					
Alexander, Neimeyer, Follette, Mooge, Harter(1989)	16 чел. межличностные транзакции	- 21 чел. контрольной группы по листу / ожидания (неизвестен)	из 10 сессий еженедельно / (% неизвестна)	Женщины - жертвы сексуального злоупотребления в детстве	- Не было контроля претестовых показателей. Обе психотерапевтические группы показали улучшения по параметрам депрессии и дистресса по сравнению с контрольной группой; только в процессуальной группе обнаружилось улучшение социальной адаптации; улучшения сохранялись в целом в течение 6 последующих месяцев
Психодинамическая психотерапия	процессуальные группы (84% от численности психотерапевтической группы)				
Zlotniketal.(1997)	17 чел. - группы управления аффектом (71%)	16 чел. контрольной группы по листу / ожидания (67%)	из 15 сессий еженедельно / 6-8	Женщины - жертвы сексуального злоупотребления в детстве	- Выл контроль претестовых показателей. Группа управления аффектом показала большие улучшения по сравнению с контрольной группой по шкале ПТСР и диссоциации индивидуальной психо-и/или фармакотерапии

Нерандомизированные выборки

Hall, Mullee, Thompson (1995) Психодинамическая психотерапия	53 случая (открытый список) 56%	18 чел. из 6 месяцев еженедельно группы, проходивших психотерапии (53%)	не (с вариациями)/ < 12	Женщины - жертвы сексуального злоупотребления в детстве	- Не было контроля претестовых показателей. Посттестовые улучшения увеличились в лечебной группе, но не возросли в контрольной. В терапевтической группе депрессия уменьшилась
Resick, Schnicke (1992) Когнитивно-бихевиоральная терапия	19 чел. когнитивной процессуальной терапии (90%)	в 20 чел. группы по листу ожидания	из 12 сессий еженедельно / 5-8	Женщины - жертвы сексуального нападения	- Не было контроля претестовых показателей. Участники когнитивной психотерапевтической группы показали большие улучшения, чем контрольная

<p>Resick, Jordan, 12 чел. в группе снятия стресса Girelli, Mutter, 13 чел. в группе тренинга Marhofer-Dvorak(1992) уверенности Когнитивно-бихевио-ральная терапия</p>	<p>12 чел. в поддерживающей группе (86% от психотерапевтической группы)</p>	<p>13 чел. из группы 6 сессий Женщины на листе еженедель ожидания, все, но/4-8 кто был включен в терапевтическую группу</p>	<p>Женщины жертвы сексуального нападения</p>	<p>- Группа по листу ожидания не показала изменений между претестовым и посттестовым измерением; не контролируя претестовые измерения, все группы показали сходные изменения между претестовыми и посттестовыми показателями тревожности, депрессии, самооценки, страха и ПТСР; в целом улучшения сохранялись в течение 3 и 6 последующих месяцев</p>
<p>Richter, Snider, 78 чел. в группе решения проблем, на листе еженедель Gorey(1997) Поддерживающ ая психотерапия</p>	<p>80 чел. из группы 15 сессий Женщины некоторые из которых подсчитаны также 8 контрольной группе; общее число = 115 (87%)</p>	<p>80 чел. из группы 15 сессий Женщины на листе еженедель ожидания, но/ некоторые из 4-10 которых подсчитаны также в экспериментальной группе</p>	<p>Женщины жертвы сексуальных злоупотреблений в детстве</p>	<p>- Не было контроля претестовых показателей (но показатели были эквивалентны). Психотерапевтическая группа показала улучшения по сравнению с контрольной по показателям депрессии и самооценки</p>
<p>Roth, Dye, 7 человек (78%) Lebowitz(1988) Психодинамиче ская психотерапия</p>	<p>6 чел. из 1 год контрольной группы, проходившей психотерапии (46%)</p>	<p>6 чел. из 1 год еженедель не но/7 групп</p>	<p>Женщины жертвы сексуального нападения</p>	<p>- Не было контроля претестовых показателей. Участники психотерапевтической группы показали меньшие изменения, чем контрольная группа по параметру вторжения к 8 - й сессии, и не показали изменений по пяти другим</p>

Исследования, проведенные на одной группе

Carver, Stalker, 29 человек из
Stewart, процессуальной
Abraham (1989) группы (51%)
Психодинамиче
ская
психотерапия

10 и 15 Женщины
сессий жертвы
еженедель сексуального
но/ злоупотребления
неизвестно в детстве

шкалам. Только в
психотерапевтической
группе: относительно
претестовых измерений
замеры на 20-й сессии
показали снижение
показателей страха перед
изнасилованием,
улучшение
психосоциального
функционирования и
снижение симптомов
вторжения; улучшения в
целом сохранились до
конца лечения

- Относительно первичного
обследования претестовые
измерения не показали
изменений (n=20; не было
необходимости делать для
всех 20 человек пре-и
посттестовое
обследование).
Относительно претестовых
баллов посттестовые
баллы показали
улучшения по всем
пунктам SCL-90, исключая
паранойяльные мысли, но
не показали улучшения по
показателям депрессии и
социального поведения (не
по SCL-90)

Таблица 8.1.(окончание)

Экспериментальное исследование вида психотерапии	Психотерапевтические группы (% от списка)	Контрольная группа (% от списка)	Количество от сессий/численность группы	Выборка	Основные результаты
Cruyer, Beutler (1980) Поддерживающая психотерапия	9 человек из группы неспецифической психотерапии (неизвестен)		10 еженедельно/ 9	Женщины жертвы сексуального нападения	- Относительно претестовых баллов, посттестовые обнаружили улучшения по показателям дистресса, навязчивости, тревожности и показателям контроля
Frueh, Turner, Beidel, Mirabella, Jones(1996) Когнитивно-бихевиоральная терапия	11 человек из группы социальной и эмоциональной реабилитации (групповой компонент терапии травмы) (73%)		10 еженедельно и 2 раза в неделю/2 -5	Мужчины ветераны войны во Вьетнаме	- Относительно измерений в середине терапии (когда психотерапия менялась с индивидуальной на групповую) посттестовые показатели улучшились по параметрам общего клинического состояния, тревожности и социальной активности
Hazzard, Rogers, Angert(1993) Психодинамическая психотерапия	78 человек в процессуальной группе (53%)		1 год еженедельно/ 4-10	Женщины жертвы сексуального злоупотребления в детстве	- Относительно претестовых баллов посттестовые обнаружили улучшения по показателям локус-контроля, самооценки, симптомов ПТСР и дистресса
Lubin, Burt, Johnson (1998) Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	29 человек в КБТ (76%)		16 еженедельно/ 6-7	Женщины жертвы множественной травмы	- Относительно претестовых баллов посттестовые показатели обнаружили улучшение по параметрам вторжения, избегания, гипервозбуждения и депрессии

Stauffer, 19 чел. В КБТ
Deblinger(1996) (56%)
Когнитивно-
бихевио-
ральная терапия

11 Женщины и их Относительно претестовых
еженедельно/ дети (от 2 до 6 баллов измерения на 10
неизвестно лет), которые неделе показали
были жертвами уменьшение дистресса у
сексуального взрослых, симптомов
злоупотреблени ПТСР, улучшение
я родительского поведения и
детского сексуального
поведения; улучшения
сохранялись в течение
последующих 3 мес.

Tutty, Bidgood, 60 человек в
Rothery (1993) поддерживающей
Поддерживающ группе (67%) 32
ая человека (53%) 6
психотерапия месяцев спустя

10-12 Женщины - Относительно претестовых
еженедельно/ жертвы баллов, посттестовые
неизвестно жестокого измерения показали
обращения дома улучшения по параметру
локуса контроля,
самооценки, стресса и
совладения, супружеских
отношений, физического и
нефизического насилия;
улучшения

Таблица 8.2. *Непредвзятый* показатель величины эффекта по Хеджису (Hedges) для сравнения с контрольными группами

Авторы (год)	Исследуемая популяция	Количество и длительность психотерапевтических сессий	и Методики	Контрольная и психотерапевтическая группы	Количество испытуемых и величина различий между сравниваемыми группами	
					п	д
Alexander, Neimeyer, Follette, Moore, Harter(1989)	Женщины жертвы сексуального злоупотребления в детстве	- 10 недель по 1,5 часа	Опросник изменения чувства страха	Лист ожидания Межличностные транзакции	21	0,04
Zlotniketal. (1997)	Женщины жертвы сексуального злоупотребления в детстве.одновременно проходившие курс индивидуальной терапии	- 15 недель часовые сессии	2- Травматическая шкала Дэвидсона	Лист ожидания Группа управления аффектом	17	0,83
Resick, Schnicke(1992)	Женщины жертвы сексуального нападения	- 12 недель по 1,5 часа	субшкала ПТСР из SCL-90-R	Лист ожидания Когнитивная процессуальная	20	0,62
Resick, Jordan, Girelli, Hirtter, Marhoefer-Dvorak (1992)	Женщины жертвы сексуального нападения	- 6 сессий по 2 часа каждая	IES (вторжение) IES (избегание)	Лист ожидания Тренинг уверенности Поддерживающая Тренинг устойчивости к стрессу Лист ожидания Тренинг устойчивости	13 13 0,19 12 13 12 к 13 12	0,33 12 0,07 0,60 0,57 0,50

стрессу
Тренинг
уверенности
Поддерживающая

Richter, Snider, Женщины Gorey(1997) жертвы сексуального злоупотребления в детстве, проходившие курс индивидуальной терапии	- 15 недель по 1,5 - 2 BDI часа сессия	Лист ожидания 80 Поддерживающая 78	0,60		
Roth, Dye, женщины, жертвы Lebowitz(1988 сексуального) нападения, проходившие курс индивидуальной терапии	1 год по 2,5 часа IES (вторжение) каждая сессия	Лист ожидания 6 1 Психодинамическая 1,56 психотерапи?	7	-	
Hall, Mullee, женщины, жертвы Thompson сексуального (1995) злоупотребления в детстве	1-45 сессий	Контрольная группа 34 94 Психотерапевтическ ая группа			

Таблица 8.3 Непредвзятый показатель величины эффекта по Хеджису (Hedges) для сравнения с контрольными группами

Авторы (год)	Исследуемая популяция	Количество и длительность психотерапевтических сессий	и Методики	Контрольная и психотерапевтическая группы	Количество испытуемых и величина различий между сравниваемыми группами	d	g
Carver, Stalker, Stewart&Abraham (1989)	Женщины - жертвы детского сексуального злоупотребления в детстве	10-15 недель	Шкала депрессии Zung'a	Психодинамическая	20		
Cryer&Beutler (1980)	Женщины - жертвы сексуального нападения	10 недель часовые сессии	1,5 Опросник для SCL-90	GSI Поддерживающая	9	0,66	
Frueh, Turner, Beidel, MirabellaS	Мужчины-ветераны войны во Вьетнаме	12 недель сессий по 1,5 часа	14 CAPS-1	Работа с травмой (социальная и эмоциональная реабилитация)	11	1,09	
Hazzard, Rogers&Angert(1993)	Женщины - жертвы детского сексуального злоупотребления в детстве						
Resick, Jordan, Girelli, Hutter, Marhoefer-Dvorak (1992)	Женщины - жертвы сексуального нападения	1 год сессии по 1,5 часа	Опросник травматической симптоматики Trauma Symptom Checklist (TSC-33)	Процессуальный формат	34	0,44	
Lubin, Loris, Stauffer&Deblinger (1996)	Женщины, пережившие множественную травму	16 недель сессии по 1,5 часа	CAPS	Когнитивно-бихевиоральная	29	0,81	

Burt&Johnson (1998)	Женщины и их дети (от 2 до 6 лет), по 2 часа которые были жертвами сексуального злоупотребления со стороны других людей	11 недель сессии IES (вторжение) IES (избегание)	Когнитивно-бихевиоральная	19 0,56	0,24 19
Tutty, Bidgood& Rothery(1993)	Женщины - жертвы домашнего насилия	10-12 недель сесии от 2 до 3 часов	Шкала восприятия стресса (Perceived Stress Scale)	Поддерживающая	60 0,54

групповой терапии, на материале работы со взрослыми женщинами, жертвами сексуального злоупотребления в детстве (два исследования) и жертвами домашнего насилия (одно исследование). Длительность лечения измерялась 10-15 сессиями; результаты психотерапии оценивались измерениями уровней самооценки, депрессии и тревожности. Ни в одном из этих исследований не проводилось прямой оценки симптомов ПТСР. Были представлены позитивные результаты. Таблицы 8.2 и 8.3 показывают, что величины эффективности, полученные для основных показателей, имеют высокое сходство во всех трех исследованиях (0,54, 0,60 и 0,66), даже несмотря на то что, фактический результат был различен в каждом исследовании. Преимущество этих исследований поддерживающей терапии состоит в том, что два из них проведены на большой выборке ($n = 60 - 115$).

Психодинамическая групповая терапия

В таблице 8.1 приведены результаты 5 исследований психодинамической групповой терапии (Alexander et al., 1989; Carver et al., 1989; Hall et al., 1995; Hazzsrd et al., 1993; Roth et al., 1988), четыре из которых имеют большую выборку ($n = 29 - 78$). Во всех пяти исследованиях выборка состояла из женщин — жертв сексуального злоупотребления в детстве. Три исследования были проведены с использованием контрольной группы. Так же, как и в случае с поддерживающей групповой терапией, все исследования психодинамической групповой терапии дают сведения о наличии позитивного эффекта терапии. Длительность лечения была двух вариантов; в двух исследованиях изучалась терапия, состоящая из 10-15 сессий, тогда как в двух других изучалась терапия, длящаяся 1 год. В двух исследованиях проводилась прямая оценка симптомов ПТСР; в трех других исследованиях измерялась депрессия и тревожность.

Таблицы 8.2 и 8.3 демонстрируют, что для трех исследований был проведен подсчет эффекта (-0,23, — 1,56, и 0,44). Негативные величины, полученные в исследованиях Александра с коллегами (Alexander et al., 1989) и Рот с коллегами (Roth et al., 1988), не означают, что психодинамическая групповая терапия приводит к ухудшению состояния в ходе лечения. В обоих исследованиях были обнаружены значимые различия между начальным статусом лечебной группы и группы листа ожиданий: группа листа ожиданий обнаруживала меньшее число симптомов в обоих случаях. В исследовании Александра с коллегами (1989) значения, измеряющие переживание страха примерно одинаково снизились как для контрольной группы листа ожидания, так и в лечебной группе. В работе Рота с соавт. (1988) приводятся данные для Лечебной группы и для группы листа ожидания через 8 недель — последний «Рок, когда проводилась оценка группы листа ожидания.

Когнитивно-бихевиоральная групповая терапия

В таблице 8.1 представлены 6 исследований, оценивающих когнитивно бихевиоральную групповую терапию (Frueh et al., 1996; Lubin et al., 1998; Resick et al., 1988; Resick, Schnicke, 1992; Stauffer, Deblinger, 1996; Zlotnik et al., 1997). В этих исследованиях выявляется некоторая вариативность в исследуемых травматических популяциях. В трех исследованиях в качестве обследуемых выступали взрослые женщины, пережившие сексуальное злоупотребление в детстве. Ветераны, женщины с множественными травмами и матери, дети которых подвергались сексуальному злоупотреблению, были объектами трех других исследований. Хотя размеры выборок в этих исследованиях сравнительно малы ($n = 11 - 37$), характер результатов аналогичен результатам по двум другим видам групповой психотерапии; т.е. в каждом исследовании продемонстрирован позитивный эффект когнитивно-бихевиоральной групповой терапии в сравнении с контрольной группой, сформированной по листу ожидания (в трех исследованиях), а также при сравнении измеряемых параметров до и после терапии. В данных исследованиях длительность лечения была относительно краткой и колебалась от 6 до 16 сессий. Во всех исследованиях была проведена прямая диагностика ПТСР, причем в 4 исследованиях использовались одинаковые диагностические инструменты, что позволяет сопоставить результаты. В таблицах 8.2 и 8.3 показано, что величины позитивного эффекта колеблются от 0,33 до 1,09, среднее значение по всем шести исследованиям равняется 0,68. Два исследования (Resick et al., 1988; Stauffer, Deblinger, 1996), которые независимо представили данные по симптомам навязчивости и избегания, пришли к сходным результатам, показывая сравнительно большой терапевтический эффект для симптомов избегания.

Сравнение видов групповой терапии

В настоящее время только в одном исследовании (Resick et al., 1988) проведено сравнение различных видов групповой психотерапии. Резик и ее коллеги сравнили результаты превентивной терапии стресса, тренинга убеждений и поддерживающей групповой терапии с использованием контрольной группы по листу ожиданий (все участники группы постепенно были включены в одну из трех терапевтических групп). Все виды психотерапии дали сходные результаты улучшения состояния, хотя выявлена некоторая вариативность в размере терапевтического эффекта для симптома навязчивости. Даже несмотря на то, что в 12 из 14 исследований были подсчитаны величины позитивного терапевтического эффекта в результате групповой терапии, различия в исследовательском дизайне и, что особенно важно, в методах сбора данных не позволяют непосредственно сравнивать резуль-

теты и оценивать эффективность разных методов. Что касается организации (дизайна) и методологии, то было показано, что поддерживающая и когнитивно-бихевиоральная виды групповой терапии имеют меньшую длительность (6-15 недель, все исследования) по сравнению с психодинамической терапией (до 1 года, три исследования). В поддерживающей и психодинамической видах психотерапии результаты чаще всего обсуждаются в терминах величины дистресса и восстановления, тогда как все шесть исследований когнитивно-бихевиоральной психотерапии использовали методики, направленные на диагностику ПТСР. В исследованиях поддерживающей и психодинамической психотерапии, как правило, использовались более многочисленные выборки, чем в исследованиях когнитивно-бихевиоральной терапии. В целом результаты исследований показывают, что групповая психотерапия независимо от вида приводит к уменьшению симптомов. Наибольший позитивный эффект наблюдается в симптомах ПТСР и депрессии, но также показана эффективность групповой психотерапии для снижения симптомов тревожности, страха и для повышения самооценки.

Методические ограничения

Несмотря на то, что существует достаточное количество работ по исследованию групповой терапии, однако довольно трудно сделать выводы об эффективности групповой психотерапии или сравнить виды групповой терапии друг с другом. Существенные ограничения обнаружены рандомизированными исследованиями. Александер с соавт. (Alexander et al., 1989) и Злотник с коллегами (Zlotnik et al., 1997) обнаружили, что группа женщин — жертв сексуального злоупотребления, проходивших курс психотерапии, показала позитивные изменения по сравнению с группой женщин по листу ожидания. Использование схемы исследования, которая предусматривает сравнение с группой листа ожидания, адекватно для оценки эффективности психотерапии, которая не была исследована, поскольку включение этой группы позволяет контролировать такие параметры, как история, развитие, тестирование, инструментарий, регрессия к средней, отбор, истощение и взаимодействие характеристик участников с перечисленными угрозами внутренней валидности. Однако важно подчеркнуть, что, если не используется рандомизированная выборка, то можно контролировать только некоторые из этих Угроз. Существует много видов признаков, по которым группа листа ожиданий отличается от терапевтической группы, поэтому трудно определить меру, в которой мы можем приписывать полученный позитивный результат. Именно тому виду терапии, который использовался, а не тому факту, что любая психотерапия приводит к результату, — это проблема конструктивной валидности. Хотя Александер с соавт. (Alexander et al., 1989) обнаружили

некоторые доказательства психотерапевтической специфики (то, что для социальной адаптации большую пользу приносит групп-терапевтический процесс, а не межперсональное взаимодействие в группе), тем не менее в целом проблема объяснения терапевтического эффекта все же остается.

Большинство исследований, не использовавших рандомизированную выборку, также приводит данные о том, что психотерапия способствует облегчению симптомов и улучшению функционирования (Hall et al., 1995-Resick, Schnicke, 1992; Resick et al., 1988; Richter et al, 1997; Roth et al., 1988)! Исследования, использующие нерандомизированную выборку, получают данные, которые являются отчасти противоречивыми из-за проблем внутренней валидности, возникающих при сравнении не вполне эквивалентных групп (например, из-за неоднородности группы или отбора). Важный метод обращения с такого рода проблемами (не устранения их) — статистический контроль различий, предшествующий психотерапии, — не использовался ни в одном из этих исследований. К трудностям объяснения терапевтического эффекта добавляется тот факт, что большинство этих исследований использовали только сравнительные «группы, сформированные по листу ожиданий»/«группы, не проходившие психотерапию».

Во всех исследованиях, не использовавших сравнительные группы, были обнаружены улучшения после курса психотерапии (Carver et al., 1989; Ctyer, Beutler, 1980; Frueh et al, 1996; Hazzard et al, 1993; Stauffer, Deblinger, 1996; Tutty et al, 1993). Результаты этих исследований трудно объяснить, поскольку невозможно проконтролировать ни один из факторов, угрожающих внутренней валидности. Работа Карвер с коллегами (Carver et al., 1989) содержит некоторое, более строгое доказательство того, что позитивный эффект специфичен по отношению к терапевтическому воздействию, а не к другим факторам, таким, как развитие или регрессия к средней. Карвер с коллегами сделали два тестовых обследования, предшествующих психотерапии, с 7-недельным интервалом между ними и не обнаружили никакого изменения в симптоматике, тогда как улучшения симптомов обнаружили при обследовании, проведенном после психотерапии. Увеличение длительности базового обследования (предшествующего психотерапии) абсолютно не устраняет проблемы валидности, но позволяет с большей убедительностью утверждать, что изменения симптомов происходят благодаря психотерапии; как и в случае, когда Резик с коллегами (Resick et al, 1988) наблюдают группу, сформированную «по листу ожидания». Используя результаты этих исследований с осторожностью, можно сделать вывод о том, что групповая терапия дает позитивные изменения. Остается неисследованной конструктивная валидность — почему или как работает групповая терапия. Не являются ли полученные позитивные изменения просто эффектом плацебо? Будущие исследования должны выяснить механизмы, благодаря которым достигаются позитивные результаты.

Исследование эффективности групповой психотерапии является сложной задачей, и наши комментарии к выводам современных исследований не означают, что мы жестко критикуем их авторов, которые в действительности провели блестящую работу. Только благодаря им мы можем рекомендовать направления дополнительных исследований. Хотя детальная методологическая критика выходит за границы этой главы, все же далее мы уделим внимание ключевым проблемам методологии, которые являются исключительно важными для будущих исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За последние 20 лет, с тех пор, как ПТСР выделено в диагностическую категорию, сравнительно небольшое внимание исследователей уделялось оценке групп-терапевтических методов для лечения ПТСР. Было обнаружено менее 20 исследований групповой психотерапии. Только два из них использовали рандомизированную выборку. Кроме того, определены другие методологические ограничения, которые затрудняют научную оценку результатов, полученных в результате этих исследований. Большая часть наблюдений проведена на популяции, обнаруживающей симптомы хронического ПТСР. Тем не менее в большинстве исследований сообщается о позитивных терапевтических результатах, позволяющих поддерживать использование групповой терапии для помощи людям, пережившим травму. Хотя в литературе представлено три различных типа групповой терапии, нет доказательств большей эффективности какого-либо из них. Необходимо проводить больше исследований, чтобы определить, какие техники приводят к наилучшим результатам.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Индивиды с ПТСР страдают от чрезвычайного эмоционального непостоянства, поэтому разработка всеобъемлющего, индивидуализированного и эффективного плана психотерапии имеет исключительную важность. В целом групповая терапия рекомендуется как потенциально эффективная. Для лечения ПТСР, это доказали исследования, описанные в этой главе. Были исследованы доказательства эффективности групповой терапии в двух исследованиях, проведенных на рандомизированной выборке (АНСРР Уровень А), в пяти исследованиях — на нерандомизированной выборке (АНСРР уровень В), в семи исследованиях — на одной выборке, протестированной до и после психотерапии (АНСРР уровень С).

Для оценки характеристик индивида, которые делают приемлемым его участие в группе, необходимо ответить на два вопроса: 1) подходит ли групповая терапия для данного индивида? 2) если да, то группа какого типа подходит для него в наибольшей степени?

В таблицах 8.4 и 8.5 перечислены факторы, наиболее важные для определения степени применимости группового типа терапии для отдельных индивидов. Выделение этих основных факторов не означает введения жестких критериев, а скорее представляет собой полезное руководство для определения подходящего вида терапии. По сравнению с индивидуальными формами психотерапии ПТСР групповая терапия более структурирована и предъявляет больше требований к индивидуальности членов группы. В формате групповой терапии существует меньше возможностей ответить на все потребности индивида, возникающие в ходе терапии. Сильная тревога перед со-

Таблица 8.4. Показания и противопоказания для групповой терапии

Показания для групповой терапии

1. Гибкость индивидуального расписания участников
2. Способность устанавливать межличностное доверие по отношению к другим членам группы и к лидерам
3. Предшествующий групповой опыт, в том числе группы «12 ступеней»
4. Завершение подготовительного курса индивидуальной терапии
5. Отсутствие суицидальных намерений или намерений убийства
6. Сходный с другими членами группы травматический опыт
7. Сходство с другими членами группы по половому и этническому признакам, а также по сексуальной ориентации
8. Готовность придерживаться правила групповой конфиденциальности
9. Отсутствие паранойяльных и социопатических черт
10. Стабильность жизненных обстоятельств

Противопоказания для групповой терапии

1. Острый психоз
2. Тяжелые органические нарушения или ограничения когнитивных способностей
3. Ожидание судебного решения или компенсации

Таблица 8.5. Показания для терапии, сфокусированной на травме, в сравнении с поддерживающей терапией

1. Толерантность к состояниям сильной тревоги или к другим сильным аффективным состояниям
2. Отсутствие суицидальных намерений или намерений убийства
3. Употребление химических веществ и сопутствующие диагнозы находятся под контролем
4. Решение индивида участвовать во вскрывающей травму работе
5. Намерение к самораскрытию индивидуального травматического опыта
6. Отсутствие актуальных жизненных кризисов

циальным взаимодействием некоторых индивидов может препятствовать их групповой активности и терапевтическому эффекту.

При сравнении выделенных факторов для сфокусированных на травме групп и для поддерживающих групп становится очевидно, что для «непокры-вающих» терапевтических модальностей существуют более строгие критерии отбора участников. В целом можно сказать, что индивиды должны обладать большей психологической стабильностью и быть готовы вернуться к переживанию травмы. Поддерживающая терапия может в большей степени подходить для менее стабильных индивидов или для тех, кто не считает приемлемым для себя погружение в процесс переживания травмы. Соображения относительно отбора для двух типов сфокусированных на травме групповых видов терапии, по-видимому, очень сходны. Различия в требованиях к подбору участников психодинамической терапии или когнитивно-бихевиоральной терапии четко не определены.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для определения сферы применимости такого психотерапевтического формата, как групповая психотерапия, необходимо ответить на три вопроса: (1) Приводит ли участие в группотерапевтическом процессе к ослаблению симптомов? (2) Существуют ли различия в ослаблении симптомов при участии в различных видах групповой терапии (например, в психодинамической или поддерживающей группе)? (3) Как можно использовать на практике ценные открытия, полученные в исследовательской лаборатории, в клинической практике? Дополнительные систематические исследования групповой терапии ПТСР могут быть полезны для ответа на все три вопроса.

Ответ на первый вопрос (приводит ли групповая терапия к улучшению при лечении ПТСР?), по-видимому, утвердительный. Как показано в исследованиях, представленных в таблице 8.1, групповая терапия, используя разные теоретические подходы, приводит к хорошим результатам лечения, в особенности в группе женщин — жертв сексуального злоупотребления. К сожалению, не существует рандомизированных исследований групповой терапии мужчин с ПТСР. Учитывая высокую распространенность метода групповой терапии при лечении ветеранов войны, особенно удручает малочисленность исследований в этой области.

Принимая гипотезу о том, что в результате проведения групповой терапии Улучшается состояние лиц с ПТСР, интересно ответить на вопрос: существуют ли специфические характеристики участников групповой терапии, которые являются предикторами позитивного результата терапии? Например, Можно ли ожидать, что индивиды с множественной травматизацией и/или

с диагнозами по Axis II имеют меньше шансов на улучшение состояния в результате терапевтического воздействия, в том числе и групповой терапии. Определение основных предикторов позволило бы улучшить планирование психотерапии и пополнить наши знания. Ответ на второй вопрос (приводят ли различные виды групповой терапии к разным психотерапевтическим результатам?) менее ясен. Эмпирические исследования, сравнивающие различные виды групповой терапии, перечислены в работе Резик с коллегами (Resick et al., 1988). В этом исследовании не обнаружено никаких специфических преимуществ ни одного из подходов. Известно, как трудно провести сравнительное исследование эффективности различных видов психотерапии (Kazdin, 1986), поскольку эта задача осложняется методологическими проблемами. В целях методологической критики этой работы мы хотим привлечь внимание к пяти положениям, которые особенно важны для будущих сравнительных исследований результатов психотерапии (см.: Foa, Meadows, 1997; Kazdin, Bass, 1989).

1. Это использование рандомизированного распределения, что является важным для накопленных в данный момент сведений. Поскольку наиболее часто использовалась исследовательская схема от субъектов к группам, применение рандомизации позволило бы расширить исследование от групп к терапевтическим условиям. Достижением здесь является то, что меньшие терапевтические усилия могли бы затрачиваться на контрольные измерения, тогда как, с другой стороны, такая исследовательская схема была бы неудовлетворительным подкреплением для индивидов, которые участвуют в группе для рандомизации, по сравнению с индивидами терапевтических групп.
2. Использование сравнительных групп, которые позволят сделать выводы о том, почему эффективен данный вид терапии.
3. Сила статистического доказательства недостаточна для подтверждения всех позитивных результатов психотерапии, а лишь для большинства опубликованных исследований, представленных в таблице 8.1. Адекватная статистическая поддержка особенно важна для исследований, которые проводят сравнительный анализ одного вида психотерапии с другим видом, когда разница в позитивных результатах почти наверняка гораздо меньше, чем в исследованиях, которые сравнивают терапевтическую группу с группой листа ожидания (Kazdin, Bass, 1989).
4. Использование психотерапевтического руководства, компетентности терапевта и мониторинга; это важно для того, чтобы стандартизировать передачу терапевтического опыта и гарантировать, что компетентность психотерапевта является постоянной величиной, независимой от терапевтических условий (только следующие авторы упоминали об использовании руководств по психотерапии: Resick et al., 1988; Resick, Schnicke, 1992; Stauffer, Deblinger, 1996; Zlotnik et al., 1997).
5. Статистический анализ, необходимый для объяснения кластеризации участников внутри

терапевтической группы [только Александер с соавт. (1989) обсуждали эти вопросы]. Итоговый вопрос: каким образом валидизированные результаты могли бы наилучшим способом быть перенесены из исследовательской лаборатории в клиническую практику? — влечет за собой два вопроса. 1) Большинство рандомизированных исследований психотерапии, представленных в таблице 8.1, показали эффективность при относительно строгом контроле участников с использованием критерия «включения — исключения» и контроле применяемого лечения. Очевидно, что необходимы исследования эффективности, в которых эти терапевтические интервенции будут оцениваться не в исследовательском, а в клиническом сеттинге. Опять-таки было бы особенно важно научное исследование сеттинга, который направлен именно на лечение ПТСР. 2) Как специфика групповой терапии может быть наилучшим образом интегрирована в ход клинического лечения, которое часто предназначено для индивидов с острым (и обычно хроническим) ПТСР. Многие травмированные индивиды испытывают настолько сильные поведенческие дисфункции, что они одновременно проходят также и другие комплексные терапевтические процедуры, подобные тем, что описаны Фрюэ с соавт. (Frueh et al., 1996), а также Джонс с коллегами (Jones et al., 1996). В таких комплексных терапевтических интервенциях играют роль разнообразные виды групповой и индивидуальной терапии. Данные о том, являются ли такие комплексные программы эффективными, оказываются либо предварительными (Frueh et al., 1996), либо разочаровывающими (Fontana, Rosenheck, 1997). Если будут получены позитивные данные, то потребуются детальные исследования для определения эффективных психотерапевтических элементов, включая отдельные виды групповой терапии. Требуется тщательного обсуждения необходимость интегрировать индивидуальную и групповую психотерапию для достижения совместных психотерапевтических целей (Brende, 1981). Важным положением, которое нуждается в эмпирическом подтверждении, является также требование соотносить интервенции со способностью участника группы выносить дистресс, возникающий в группах, сфокусированных на травме (Herman, 1992).

ЛИТЕРАТУРА

- Alexander P. C., Neimeyer R. A., Follette V. M., Moore M. K., Barter S. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Allen S. N., Bloom S. L. (1994). Group and family treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 425-437.
- ^Brende J. O. (1981). Combined individual and group therapy for Vietnam veterans. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 367-377.

- Carver C. M., Stalker C. A., Stewart E., Abraham B. (1989). The impact of group therapy for adult survivors of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 753-758.
- Cryer L., Beutler L. E. (1980). Group therapy: An alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 40-46.
- Foa E. B., Meadows E. A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder A critical review. In J. Spence, J. M. Darley, D.J. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (Vol. 48, pp. 449-480). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Fontana A., Rosenheck R. (1997). Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 758-765.
- Foy D. W., Ruzek J. I., Glynn S. M., Riney S. A., Gusman F. D. (1997). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 3, 59-73.
- Frueth B. C., Turner S. M., Beidel D. C., Mirabella R. E., Jones W.J. (1996). Trauma management therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 533-543.
- Gusman F. D., Stewart J., Young B. H., Riney S.J., Abueg F. R., Blake D. D. (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hall Z. M., Mullee M. A., Thompson C. (1995). A clinical and service evaluation of group therapy for women survivors of childhood sexual abuse. In M. Aveline, D. A. Shapiro (Eds.), *Research foundations for psychotherapy practice* (pp. 263-279). New York: Wiley.
- Hazzard A., Rogers J. H., Angert L. (1993). Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 453-468.
- Herman J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horowitz M. D., Solomon G. F. (1975). A prediction of delayed stress response syndrome in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 4, 67-79.
- Johnson D. R., Rosenheck R., Fontana A., Lubin H., Southwick S., Charney D. S. (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 771-777.
- Kazdin A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kazdin A. E., Bass D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Lifton R.J. (1973). *Home from the war*. New York: Simon Schuster.
- Lubin H., Loris M., Burt J., Johnson D. R. (1998). Efficacy of psychoeducational group therapy in reducing symptoms of posttraumatic stress disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1172-1177.
- Resick P. A., Jordan C. G., Girelli S. A., Hutter C. K., Marhoefer-Dvorak S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick P. A., Schnicke M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Richter N. L., Snider E., Gorey K. M. (1997). Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 7, 53-69.

- froth S. #., Dye E., Lebowitz L.* (1988). Group therapy for sexual-assault victims. *Psychotherapy*, 25, 82-93.
- Shatan C. F.* (1973). The grief of soldiers: Vietnam combat veterans' self-help movement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 43, 640-653.
- StaufferL. B., DeblingerE.* (1996). Cognitive behavioral groups for nonoffending mothers and their young sexually abused children: A preliminary treatment outcome study. *Child Maltreatment*, 1, 65-76.
- Tutty L. M., BidgoodB. A., Rothery M. A.* (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8,325-343.
- WalkerJ.J., NashJ. D.* (1981). Group therapy in the treatment of Vietnam combat veterans. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 379-389.
- Yalom I. D.* (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zlotnick C, Shea M. T., Rosen K. H., Simpson E., Mulrenin K., Begin A., Pearlstein T.* (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 425-436.

Психодинамическая терапия

Хэролд С. Кадлер, Артур С. Блэнк мл., Дженис Л. Крапник

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В 1895 г. Йозеф Брейер и Зигмунд Фрейд опубликовали «Исследования истерии», где выдвигалось предположение, что корни психических расстройств иногда следует искать в психологической травме. Большинство их современников считали, что психиатрические пациенты страдают преимущественно от биологических изъянов. Жане (1886, 1889/1973) разработал эффективную, систематическую психотерапию для переживших травму, но он исходил из предпосылки, что эти пациенты не в состоянии интегрировать травматические воспоминания, потому что их мозг дегенерировал. Радикальная новизна воззрений Брейера и Фрейда заключалась в том, что, по их мнению, представления или переживания сами по себе могут быть патогенными. Они пытались найти патогенную мысль или воспоминание, чтобы, выявив ее, добиться излечения.

Брейер, описавший первый клинический случай в «Исследованиях истерии», использовал гипноз для извлечения, опознания и устранения травматических воспоминаний. Он обнаружил, что если ему удавалось подвести пациентку к припоминанию травмы, которая вызвала отдельный симптом, и вновь пережить это событие вместе с теми эмоциями, которые его сопровождали (*отреагирование*), то симптом исчезал. Повторяя эту процедуру применительно к каждому из симптомов пациентки, он в конечном итоге освобождал

е психику от болезненных симптомов. Это катарсическое лечение стало первым методом анализа. Брейер был наставником Фрейда, но когда молодой Фрейд попытался следовать методу Брейера, он явно пошел в совершенно ином направлении. Фрейд не доверял гипнозу и, следуя совету своей пациентки [г-жи Эммы (Брейер, Фрейд, 1895/1955)], начал просто выслушивать то, что пациенты рассказывали о своих симптомах (*свободные ассоциации*). Он высказал гипотезу, что истерические пациентки вытесняют осознание своих травматических воспоминаний, чтобы *защититься* от них. Вытесненные воспоминания не забываются, они активно сохраняются за пределами сознания пациентов. Такие воспоминания, однако, остаются активными на бессознательном уровне психического. Фрейд трактовал взаимодействие между сознательным и бессознательным как динамический взаимообмен между защитой (функция *Я*) и тем, от чего защищаются (функция *Оно* или «не-я»). Психический баланс поддерживается путем *компромисса*, который частично выражает вытесненное травматическое воспоминание в форме симптома. Итак, симптом выражает защиту *Я* от воспоминания (и сопутствующего ему аффекта). Например, человек жалуется на постоянные кошмары, ему снится, что рушится отель в его городе. Он не понимает, почему ему снится то, чего никогда не случилось. Этот кошмар нарушает его сон и искажает мысли в состоянии бодрствования. Из его истории болезни терапевт узнает, что пациент, будучи медиком, во время войны в заливе отвечал за транспортировку тел из казарм, подвергшихся прямому попаданию снарядов. Пациент никогда не связывал этот сон о своем родном городе с ужасными военными воспоминаниями. В целом в своих дневных мыслях он избегал этих воспоминаний. (Его ночные кошмары прекратились, когда была установлена эта связь.)

Психический баланс имеет свою цену. Чем больше пациент вытесняет, тем меньше он обращен к реальности. Вместо этого он уходит в жизнь, где мир соответствует его желаниям. Было бы идеально, если переживший травму человек научился бы справляться с остатками травмы и достиг нового психического баланса, но если для человека ситуация воспринимается как безвыходная, то симптомы могут стать столь выраженными или столь многочисленными, что с ними уже невозможно совладать.

Подобно Брейеру, Фрейд вначале представлял себе травматические воспоминания как чуждые объекты, растрavляющие душу. Их нужно просто *Повыдерживать*, и здоровье наступит само собой. Со временем он понял, что проанализировать защиты так же важно, как и вытесненный материал. Таким образом, Фрейд заменил идею катарсиса на понятие *проработки*, требующей тщательного, вновь и вновь повторяющегося исследования динамических процессов, участвующих в образовании симптома. С психодинамической точки зрения посттравматический симптом представляет собой

не просто изъясн, а адаптивную попытку справиться с травмой. Внешний мир может иметь смысл или не иметь его (это вопрос философский или теологический), но психическая жизнь непременно оказывается связана со значениями и их созданием. Психодинамическая психотерапия извлекает и развертывает их с целью превратить бессознательные значения в сознательные. Возрастающее понимание пациентом исходных предпосылок и принципов своих действий дает ему возможность справляться с симптомами болезни более эффективно. Понимание симптомов как компромисса, значение которого должно быть осознано и проработано, является фундаментальным положением, отличающим психодинамическую психотерапию от предшествовавших ей теорий и методов лечения.

Другим характерным для психодинамической психотерапии понятием является *перенос*. Когда пациент вступает в рабочие отношения с психотерапевтом, некоторые его реакции отражают реалистическую оценку характера и поведения терапевта и деловой альянс с терапевтом ради успешного прохождения терапии. Но, согласно наблюдениям Фрейда и его последователей, во всех терапевтических отношениях образуется также совершенно другой тип установок, который в первую очередь повторяет важнейшие отношения из прошлого опыта пациента, причем в таком варианте, который неадекватен актуальной ситуации. Такой перенос может быть позитивным или негативным, зависимым или враждебным, агрессивным или послушным (или быть сложной смесью этих и других компонентов). Когда Фрейд впервые столкнулся с переносом, он считал его помехой (или *сопротивлением*) психоанализу и попытался преодолеть его, обращаясь к разуму или оказывая давление своим авторитетом. С течением времени он понял, что, подобно истерическим симптомам (и сновидениям), перенос — это компромиссное проявление психической жизни. Путем совместных усилий, направленных на понимание переноса, пациент и терапевт достигают более ясного представления о причинах тех проблем, которые свели их вместе.

Современный психоаналитический метод предназначен для того, чтобы провоцировать перенос. Частые встречи способствуют развитию интенсивных отношений. Кушетка, *нейтральность* терапевта и его относительная анонимность должны обеспечивать «пустой экран», на который *проецируется* перенос. *Психоанализ* стал *анализом переноса*. Все виды психодинамической психотерапии включают работу с переносом, но есть различия в том, как он используется. В поддерживающей психотерапии, например, терапевт делает свои интервенции с учетом знаний о переносе, но он редко привлекает к переносу внимание пациента; в классическом психоанализе, напротив, интерпретации переноса и проработка переноса с пациентом составляют сердцевину терапии. Этот акцент на интерпретации переноса отличает классический психоанализ от других видов психодинамической психотерапии.

Формирование терапевтических отношений с пациентом всегда требует больших усилий. Еще сложнее делать это, когда пациент пережил психическую травму (см., напр.: Courtois, 1999; De Wind, 1984). Работая с лицами, пережившими травму, терапевт должен бороться с собственными личными реакциями на то, что довелось испытать пациенту, и на те требования, которые пациент предъявляет терапевту. Все это может вызвать мощные реакции *контрпереноса*. Контрперенос определяют по-разному, но в соответствии с целями данной главы под ним понимаются реакции терапевта (мысли, чувства, вмешательства и т.д.), которые в большей степени отражают личные проблемы терапевта, нежели целесообразные, клинически адекватные реакции на пациента. В подобных ситуациях терапевт утрачивает связь с реальностью. Даже те терапевты, которые не считают себя сторонниками психодинамического подхода, склонны обращать пристальное внимание на контрперенос. Множество содержательных статей и текстов написано о важности контрпереноса в работе с лицами, пережившими травму (Danieli, 1984; Davies, Frawley, 1994; Haley, 1974; Pearlman, Saakvitne, 1995; Wilson, Lindy, 1994).

В целом установлено, что терапевту следует остерегаться отреагировать свой контрперенос, но, будучи человеком, он часто обнаруживает свою контрпереносную реакцию именно тогда, когда он уже запутался в этих мыслях, чувствах и/или их отыгрываниях. Многие терапевты обращаются за личной психодинамической психотерапией, чтобы достичь большего осознания собственных контрпереносных тенденций. Невозможно, да и нежелательно полностью исключить свои личные реакции на пациента. Терапевт не сможет оказать помощь пациенту, если не будет испытывать к нему никаких чувств, а вытеснение таких чувств создает лишь «слепые пятна». Умение признавать контрпереносные чувства и работать с ними помогает терапевту понять, что происходит в терапии.

Отношения между пациентом и психотерапевтом нельзя свести к переносу и контрпереносу. Пациент и терапевт участвуют также в *реальных отношениях*, относительно свободных от искажений, которые являются Центральными для их *рабочего альянса*, цель которого — здоровье пациента (Greenson, 1967). Лёвальд (Loewald, 1960) предположил, что отношения «пациент-терапевт» сами по себе являются переломным терапевтическим фактором в психоанализе. Как указывает Брач (Bruch, 1974, с. 19), «[психо-Динамическая] психотерапия основана на допущении, что проблемы, имеющие своим истоком повреждающие и создающие путаницу переживания Раннего детства, поддаются коррекции посредством создания новых и различных близких межличностных отношений». Искаженное ощущение самого себя и других может быть переработано в контексте этих новых отношений. Межличностные аспекты психотерапии не менее важны в психодинамической работе с пережившими травму. Отношения «пациент-терапевт»

дополняют использование других интервенций в терапевтическом эффекте психодинамической психотерапии.

Психодинамическое понятие травмы существенно изменилось на протяжении последнего столетия. В начале своей клинической работы Фрейд обнаружил, что все его истерические пациентки и пациенты сообщают о наличии в их истории жизни сексуального злоупотребления (Фрейд, 1896/ 1962). Поскольку он предполагал, что у детей отсутствуют сексуальные чувства, он сделал вывод о том, что соблазнение преждевременно и травматично пробуждает их сексуальность. Впоследствии он отошел от этой «теории соблазнения» по причине того, что: (1) не все истерические пациенты пережили соблазнение и (2) у детей в действительности имеются сексуальные чувства (Фрейд, 1905/1953). Хотя Фрейд на протяжении всей жизни считал, что некоторые случаи истерии все же проистекают из сексуального злоупотребления, имевшего место в детстве, он пришел к убеждению, что истерия и другие виды психологических проблем могут также возникать вследствие динамического конфликта между сексуальными импульсами и индивидуальными или социальными запретами (Фрейд, 1925/1959; Gay, 1988). В этот момент Фрейд отвлекся от теории травмы, чтобы обратиться к более общим вопросам психического развития.

Внимание Фрейда к проблеме психической травмы привлекла Первая Мировая война. В работе «По ту сторону принципа удовольствия» (1920/ 1955) он определил психическую травму как результат прорыва в психическом *стимульном барьере*. Подобно Жане (van der Hart, Brown, van der Kolk, 1989), Фрейд понимал симптомы вторжения и избегания (впоследствии центральные элементы посттравматического стрессового расстройства, ПТСР) как двухфазную попытку справиться с травмой. Фрейд рассуждал так: пережившие травму повторяют свои воспоминания в надежде на совладание с ними. Он пересмотрел свою теорию сновидений, включив в нее отдельный класс посттравматических сновидений, коренящихся в явлении *навязчивого повторения*. Он также выдвинул гипотезу, что хотя все живые существа обладают врожденным инстинктом самосохранения, они также стремятся аннулировать всю и всякую вредную стимуляцию, как внешнюю, так и внутреннюю, даже если это означает отказ от самой жизни (*влечение к смерти*).

Один из коллег Фрейда, Абрахам Кардинер занимался лечением сотен участников сражений Первой Мировой войны и опубликовал свои наблюдения накануне Второй Мировой войны (Kardiner, 1941). Кардинер был согласен с предположениями Фрейда о психической травме, но подчеркивал взаимодействие между биологическими и психологическими факторами, что отразилось в его понятии *физионевроза* участников боев. Две мировые войны заставили многих клиницистов и теоретиков (Fairbairn, 1943b; Ferenczi et al., 1921; Greenson, 1949; Grinker, Spiegel, 1945; Kardiner, Spiegel,

1947; Lidz, 1946; Lindemann, 1944; Rivers, 1918) вновь обдумывать психодинамические модели и изобретать терапевтические интервенции. Модели, связанные с отреагированием, использующие амитал и гипноз [хорошо описанные в работе Саргента и Слейтера (Sargant, Slater, 1969), и драматически запечатленные Джоном Хастоном в его документальном фильме «Да будет свет»] сочетались с поддерживающими и информативными интервенциями в высоко эффективном лечении «военной усталости». Это успешное применение психоаналитической теории возбудило интерес к психоанализу в послевоенные годы во всем мире.

Другим наследием Второй Мировой войны была необходимость подвергнуть рассмотрению воздействие массивной психологической травмы на тех, кто не участвовал в сражениях. Исследования переживших Холокост (Krystal, 1968) и Хиросиму (Lifton, 1967) показали, что сокрушительные события могут парализовать основные человеческие способности и приводить к тому, что называется «смерть при жизни». Кристал (Krystal, 1988) разрабатывает информационно-процессуальную модель переработки психической травмы, включающую мысль о том, что сокрушительные события могут вывести из строя способность души к использованию тревоги как сигнала к мобилизации защиты. Когда эта система разрушена, тревога и другие аффекты не могут обслуживать потребности души. Аффекты становятся приглушенными, сокрушительными или неадекватными. Это в отсутствие нормальной переработки сигнала становится виртуально беззащитным. Один из возможных результатов этого — *алекситимия* (глубокий разрыв между словами и чувствами).

Работа Мелани Кляйн (Klein, 1975) высветила попытки души сбалансировать любовь и ненависть в контексте отношений между Я и другими. Хотя многим психоаналитикам не удалось найти клинические соответствия фрейдовскому влечению к смерти, кляйнианская теория требует рассмотреть вопрос о том, как это влечение определяет дисбаланс в посттравматической модуляции аффекта и агрессии.

Психология Я Хайнца Кохута использовалась также для объяснения психической травмы (Ulman, Brothers, 1988). Стабильное чувство Я (и регуляторная система, которая его поддерживает) совершенствуется в ходе нормального нарциссического развития, но может быть разрушено или даже разбито вдребезги переживаниями, которые угрожают значимости самого Я.

Теория объектных отношений, объясняющая развитие внутриспсихических Функций и структур в контексте межличностного опыта, содержит воззрения на то, каким образом разбитые вдребезги личные убеждения, отношения, социальные связи могут привести к психопатологии. Данное Д.В. Винникоттом (Winnicott, 1965) описание *поддерживающего окружения*, которое позволяет Ребенку преодолевать страх физического и психологического уничтожения

по мере продвижения к большей автономии, указывает, как взрослые поддерживают или оказываются не в состоянии поддерживать психический баланс при столкновении с травмой. Кадлер (Kudler, 1991) предположил, что поддерживающее окружение по Винникотту — это и есть стимульный барьер Фрейда Фэрбэрн (Fairbairn, 1943) понимал под травмой высвобождение вытесненных интернализированных отношений с так называемыми *плохими объектами*. Когда ненавистный и вызывающий страх объект (например, фрустрирующая родительская фигура) является в то же время необходимым для выживания, душу может затопить тревога. Терапия фокусируется тогда на восстановлении баланса между приемлемыми уровнями зависимости и агрессии.

Многие критиковали психоанализ за то, что он больше интересуется внутриспсихической реальностью, нежели воздействием реальных внешних событий. Работы Шенголда (Shengold, 1989, 1991), Терра (Terr, 1979), Линди (Lindy, 1985) и мн. др. демонстрируют клиническую релевантность и концептуальную значимость, привносимые в проблему психической травмы современным психоанализом.

При столкновении с тяжелыми переживаниями психика мобилизует свои защиты. Среди первичных защит от травмы — попытка справиться с травматическими воспоминаниями посредством повторения и (парадоксальным образом) избегания одних и тех же воспоминаний. Эти защиты могут также использоваться в ходе переживания утраты, при нарушениях адаптации и при остром стрессовом расстройстве. Когда интенсивность этих состояний снижается, можно предполагать, что защиты сработали успешно и был достигнут новый баланс. При ПТСР восстановить равновесие не удастся из-за того, что сам адаптивный процесс подвергается разрушению. Защиты переплетаются с травматическими впечатлениями, от которых они должны были защищать. Результирующие комплексы символически представлены в виде симптомов.

Мозг и психика — это отдельные уровни абстракции, полезные для объяснения сложных процессов. В конечном итоге мозг и психика — это различные аспекты единой психической системы, которая интегрирует переживаемый опыт, управляет ответными реакциями и поддерживает равновесие. Бесперебойная работа всей системы зависит как от успешной навигации сложного процесса развития, так и от генетической оснащенности в момент зачатия. Теперь уже очевидно, что проявление этого генетического фонда само по себе зависит от процесса развития и состояния окружения. Биологически ориентированная психиатрия и психодинамические принципы часто описываются как конкурирующие подходы, но правильнее рассматривать их как взаимно дополняющие (Kandel, 1979; Kudler, 1989; Reiser, 1984). Биологический подход можно успешно совмещать с психодинамическим лечением. С позиции такого сочетания открывается более полная картина ПТСР. Лечение такой серьезной проблемы требует понимания и вмешательств на уровне человеческой

природы. Психодинамическая психотерапия обращается к ПТСР со стороны психики, и в силу этого она предлагает уникальный подход к психологической травме.

ОПИСАНИЕ МЕТОДОВ

Психоаналитическая теория постоянно развивалась и дала начало широкому спектру методов, известных под названием психодинамической психотерапии. Все они опираются на психоаналитические понятия защиты, конфликта, симптома как осмысленного выражения конфликта, сознательного и бессознательного уровней психической активности, переноса, контрпереноса и терапевтических отношений. Методы могут различаться в зависимости от того, как применяются эти понятия.

В классическом психоанализе пациент и психоаналитик встречаются четыре или пять раз в неделю на протяжении от двух до семи лет (или еще дольше). Лечение подвергаются взрослые и дети. При этом предполагается, что взрослые взаимодействуют с аналитиком посредством свободных ассоциаций, лежа на кушетке, а дети приносят в анализ свой интрапсихический материал посредством игры.

Хотя аналитики различаются по степени своей активности, все они стремятся оставаться нейтральными в своих реакциях на пациента. Как указывала Анна Фрейд (Freud A., 1966), это означает, что аналитик избегает присоединяться к какому бы то ни было аспекту внутреннего мира пациента — содержанию, структуре, функции (будь то желание, защита или требование подчиниться социальным нормам). Единственным интересом аналитика является продвижение пациента по направлению к автономии и здоровью.

Продвижение в психоанализе возникает из растущего понимания пациентом своих собственных исходных посылок, стратегий, воззрений и реакций на внешнее окружение. Это осуществляется в контексте прочного рабочего альянса пациента с достойным доверия и внимательным аналитиком при наличии общей для обоих установки на откровенность и непредвзятость. Пациент следует *основному правилу* говорить все, что приходит ему в голову, независимо от того, насколько неуместным, вредоносным или банальным ему это кажется. Анализ следует за этими ассоциациями, исследует сновидения, симптоматические действия, перенос и контрперенос, чтобы выявить сложную сеть мыслей, воспоминаний, желаний, страхов и конституциональных задатков, уникальных для души данного человека. По-другому можно представить себе психоанализ как постоянное просеивание и сортировку на предмет выявления правды и фантазий в представлениях пациента о самом себе и о мире. Терапевт использует наблюдения, конфронтации и интерпретации

для проверки гипотез совместно с пациентом. Важно подчеркнуть, что терапевт является всего лишь фасилитатором этого процесса. В конечном итоге именно пациент анализирует сам себя.

В психодинамической психотерапии встречи могут проходить с частотой один или два раза в неделю или еще реже. Сеансы длятся обычно 45 или 50 минут. Пациент и терапевт сидят лицом друг к другу, не используя кушетку. Хотя терапевт, как правило, более активен (делает больше комментариев эмоционально более доступен в течение сеанса), он тем не менее стремится к соблюдению нейтральности по отношению к сознательным и бессознательным проявлениям пациента. Процесс не обязательно концентрируется вокруг интерпретаций переноса. Упор делается, скорее, на вопросах, связанных с переживаниями «здесь-и-сейчас», а не на проблемах развития и личной истории, проникновением в которые занимается классический анализ. Достижение фундаментальных внутриличностных изменений не является основной целью. Тем не менее психодинамическая психотерапия — это прежде всего *экспрессивная* терапия, которая стремится расширить понимание пациента в области бессознательных проблем в контексте прочного терапевтического альянса. Психодинамическая психотерапия не является «разбавленным» психоанализом. Это иное техническое приложение, отражающее специфические потребности и ожидания пациента относительно лечения и суждения терапевта о том, насколько лечение должно углубляться, чтобы достичь желаемого эффекта. Психодинамическая психотерапия нацелена на улучшение понимания самого себя и возрастание *силы Эго* (внутрилично-стного единства и способности справляться со стрессом).

В работах, описывающих психодинамическую психотерапию для переживших травму (см., напр.: Briere, 1996; Chu, 1998; Lindy, 1986, 1996; McCann, Pearlman, 1990; Ochberg, 1988; Parson, 1984; Roth, Watson, 1997; van der Kolk et al., 1996), психоаналитические корни не всегда очевидны. Границы между этими видами лечения и когнитивно-бихевиоральными подходами иногда размыты. Множество интервенций можно применять на разных стадиях лечения. Широкий спектр психодинамических методов допускает разнообразие популяций переживших травму, специфические потребности отдельных пациентов и специальные частные цели лечения, формулируемые различными клиницистами. Теории и результаты не обязательно поддаются обобщению для всех популяций переживших травму.

Мэнн (Mann, 1973) указал, что пациенты, проходящие психотерапию длительное время, часто достигают значительных успехов, приближаясь к завершению лечения. Он выдвинул гипотезу, что надвигающаяся сепарация с терапевтом вынуждает пациента сделать этот финальный рывок к улучшению. Это привело его к мысли о возможности проведения *краткосрочной психодинамической психотерапии* (12 сеансов), ускоряющей сепарацию путем

постоянного подчеркивания того факта, что осталось мало сеансов. Этот метод может быть особенно полезным, когда проблемы сепарации и потери выступают на передний план в высказываниях пациента (как в работе с пережившими травму). Ряд руководств по методам краткосрочной динамической терапии возник на основе другой идеи Мэнна: краткосрочная психотерапия наилучшим образом работает, когда пациент приносит проблему, которую можно сформулировать в рамках единой метафоры или темы [как у Любор-ски (Luborsky, 1990) — *центральной темы конфликтных отношений*].

Методы краткосрочной психодинамической психотерапии разрабатывались также и специально для лечения переживших травму. Хоровиц и Кэлтрей-дер (Horowitz, 1974; Horowitz, Kaltreider, 1979) представили модель терапии, основанной на переносе и состоящей из 20 сеансов (позднее сокращенной до 12 сеансов), в которой учитывается, каким образом личностные особенности и защитный стиль пережившего травму пациента, имевшие место до травмирования, вступают во взаимодействие с его травматическими переживаниями и вызывают определенные конфликты и специфические виды отношений, включая специфические терапевтические отношения (см. также: Horowitz et al, 1984; Horowitz et al., 1984). Мармар и Фримэн (Marmar, Freeman, 1988) применили идеи Хоровица для создания метода краткосрочной терапии, концентрирующейся на нарциссической регрессии при столкновении с травмой. Бром с соавт. (Brom et al., 1989), также опираясь на Хоровица, создали руководство по краткосрочной психодинамической психотерапии ПТСР.

Хоровиц (Horowitz, 1997b) недавно переработал свое руководство по краткосрочной психодинамической терапии стрессового синдрома. Его теория взаимодействующих систем, которые могут ускорять развитие симптомов или, наоборот, снимать их, усиливать способность к преодолению или снижать ее и в конечном итоге перестраивать структуру характера (Horowitz, 1998), представляет собой пример мультимодального краткосрочного метода, основанного на надежной, подтвержденной исследованиями стратегии. В модели Хоровица систематическое индивидуализированное формулирование случая (на основе психоаналитических представлений о том, как защиты и бессознательная переработка информации влияют на паттерны настроения и поведения) дает терапевту знание о том, когда следует использовать поведенческие техники для управляемой десенсибилизации (для совладания с переживанием шока), когда — когнитивные методы (для изменения дисфункциональных сознательных убеждений и планов возможного будущего), а когда — экспрессивные и/или поддерживающие динамические методы (для снижения защитного сопротивления переработке стрессовых событий) (Horowitz, 1997a). Терапевт использует эту модель для управления изменениями в эмоциональной саморегуляции пациента, а также для облегчения пересмотра схемы его идентичности и реорганизации связей.

Поддерживающая психотерапия часто описывается как менее экспрессивная, нежели все прочие формы психодинамической психотерапии. Терапевты в целом более активны в своих интервенциях и склонны не столько интерпретировать, сколько «поддерживать» защиты пациента путем укрепления его самоуважения и объединения с теми стратегиями совладания которые сам пациент считает полезными. Акцент в меньшей степени делается на вскрытии бессознательных конфликтов, а в большей степени — на сохранении внутриспсихического равновесия. Проблемы разрешаются в контексте «здесь-и-теперь», а не путем расширенной разработки различных аспектов личной истории и внутриспсихической структуры. Хотя терапевт и не склонен давать трансферентные интерпретации, все же его интервенции опираются на психодинамическое понимание проблем пациента и паттернов его отношений (включая моменты переноса и контрпереноса) и на понимание того, как поддерживающие интервенции влияют на внутриспсихический баланс (Wegman, 1984).

Интерперсональная психотерапия (ИПТ) — это ограниченная во времени пошаговая терапия, которая обычно сочетается с психодинамической/экспрессивной терапией, но включает также и поддерживающие элементы. Терапевт занимает исследовательскую позицию и фокусирует свои интервенции на отношениях пациента с его окружением, а не на переносе. Хотя ИПТ создавалась для лечения больных с тяжелой депрессией (Klerman et al, 1984), в последние годы ее адаптировали и для других расстройств. В настоящее время Крапник с соавт. (Krupnick et al., 1998) разрабатывают ИПТ в качестве метода групповой терапии для женщин с ПТСР, возникшим вследствие интерперсональной травмы — сексуального или физического оскорбления или насилия, сексуального совращения или отношений насилия. Высказывается гипотеза, что ИПТ будет полезной стратегией для данной группы пациенток, ведь она фокусируется на ухудшении социальных отношений. Поскольку интерперсональная травма может привести к ПТСР, а само ПТСР связано с нарушением социального функционирования, эти исследователи полагают, что метод, позволяющий пережившим травму найти новые пути понимания и осуществления межличностных отношений, позволит также снизить симптоматику ПТСР. Эта гипотеза в настоящее время проверяется в исследовании, где сравниваются испытуемые, рандомизированно направленные на групповую ИПТ, и контрольная группа, ожидающая начала психотерапии. Гипнотические и другие методы, связанные с отреагированием, иногда используются при работе с пережившими травму в надежде на вскрытие вытесненного материала. Это может послужить полезным дополнением к психодинамической психотерапии, но несмотря на исторические связи, о которых упоминалось выше, их не относят к методам психодинамической психотерапии ПТСР.

В данной главе внимание сфокусировано на вышеописанных техниках, хотя ряд других терапевтических методов, включая некоторые групповые, семейные и когнитивные, также восходит к психодинамическим концепциям. Многие групповые и семейные методы терапии остаются в русле психодинамической психотерапии, но далеко не все. Когнитивные методы, опирающиеся на выявление бессознательных схем в образовании симптомов, развернулись в отдельный метод терапии. Даже в строго бихевиоральном подходе, который ничем не обязан психодинамической теории, обнаруживается общее понимание того, что в отсутствие прочного психотерапевтического альянса (его природа находит объяснение в психоаналитической теории) интервенции скорее всего потерпят неудачу. Многие терапевты, сторонящиеся психоанализа и психодинамической психотерапии, уделяют большое внимание бессознательным значениям, символическим актам и понятиям переноса и контрпереноса, ведущим свое начало от психоанализа и разрабатываемым в психодинамической психотерапии.

МЕТОД СБОРА ДАННЫХ

Литература по психодинамической психотерапии ПТСР была собрана с помощью использования поисковых систем MEDLINE, PsycINFO, PILOTS путем введения ключевого слова и поиска авторов в психоаналитических журналах (1920-1986), статей, представленных членами рабочей группы, обзора большинства книг, включающих главы по лечению ПТСР, изданных после 1980 г., обзора тем в журнале «Journal of Traumatic Stress» и обзора ссылок в опубликованных статьях и главах. Отобранные данные имеют отношение к теории, технике и результатам психотерапии ПТСР.

Психодинамическая литература особенно богата сообщениями о клинических случаях. В настоящее время ведутся дебаты об относительной Ценности клинических сообщений по сравнению с контролируруемыми исследованиями по методологии «двойного слепого отбора», типичными для фармакологических исследований. С нашей точки зрения, оба подхода являются Допустимыми, и ни один из них не подходит для применения во всех областях исследований. Ценность сообщений обусловлена тем, что они извлекают клинический материал из отдельных случаев или из небольшой серии случаев^c Целью обогащения теории и практики. Однако они не обеспечивают окончательной проверки психодинамических гипотез и не позволяют определить границы психопатологии, теории и техники. Тем не менее они обеспечивают основу для гипотез, которые впоследствии можно проверить эмпирически.

Эта задача задает критерии, в соответствии с которыми можно оценивать проводимое исследование. Согласно этим критериям, поощряются те модели

исследования, которые включают большое число людей и тщательно контролируемые переменные. Для проведения психодинамического исследования это отнюдь не оптимальный формат. Чтобы соответствовать позициям, выдвигаемым в других работах данной серии, в этом разделе мы сосредоточимся на довольно немногочисленных исследованиях такого рода. Отметим, что каждое из этих исследований опирается на краткосрочную психодинамическую психотерапию. Их данные нельзя распространить на классический психоанализ, на длительную психодинамическую психотерапию или на поддерживающую психотерапию. Хотя большинство психодинамических исследований отдельных случаев получают низкие показатели по классификации уровня достоверности, предложенного в руководстве Агентства политики и исследований в области здравоохранения (АНСРР), следует подчеркнуть, что психодинамическая литература составляет существенную часть научных достижений в понимании психологического воздействия психической травмы.

КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Эмпирические исследования

Хоровиц с сотрудниками провели несколько эмпирических исследований (Horowitz et al., 1993; 1994; Horowitz, 1995), направленных на проверку гипотезы о том, что у людей, переживших травматическое событие, возрастают симптомы вторжения и избегания, связанные с травматическими воспоминаниями и темами. В этих исследованиях применялась пошаговая краткосрочная психодинамическая психотерапия. Хоровиц утверждает, что эта двухфазная реакция порождает интенсивный конфликт по мере того, как человек старается интегрировать травматические воспоминания, одновременно защищаясь от внешних и внутренних опасностей. Хоровиц и его сотрудники обнаружили, что когда конфликтная тема (т.е. относящаяся к травматическому событию) возникает в ходе сеанса психодинамической терапии, она сопровождается вторжениями и избеганием, эмоциональностью, фрагментацией важных мыслей, вербальным и невербальным защитным поведением и подавлением невербального проявления эмоций (Horowitz et al, 1993, по АНСРР уровень D; 1994, по АНСРР уровень C). Обнаружение этих реакций может навести терапевта и пациента на мысль о появлении в терапии травматических тем и дать им возможность лучше переработать этот материал. Оно может также помочь пациенту осознать неадекватность или даже патологический характер его попыток совладания, препятствующих проработке посттравматической проблематики. Эти результаты справедливы для всех психотерапевтических подходов-

Бром с соавт. (Brom et al, 1989) задумали и провели планомерное исследование эффективности трех видов психотерапии: десенсибилизации травмы, гипнотерапии и краткосрочной психодинамической терапии (на основе модели Хоровица). Целью исследования было выяснить, какой из видов терапии максимально снижает симптоматику ПТСР — вторжение и избегание. 112 обследуемых с диагнозом ПТСР были рандомизированно направлены на один из трех видов терапии. Все терапевты имели опыт работы более 10 лет. Каждый из них работал под супервизией признанного специалиста в данном виде терапии. Средняя продолжительность лечения составляла 15 сеансов (десенсибилизация), 14,4 сеансов (гипнотерапия), 18,8 (психодинамическая терапия). Авторы сделали заключение, что «все виды лечения имеют некоторый положительный эффект по сравнению с контрольной группой при использовании методологически строгих техник, но положительный эффект возникает не у всех, он не всегда продолжительный, и различия между видами терапии невелики» (р. 610). Хотя психодинамическое лечение включало наибольшее число сеансов и продемонстрировало наименьшее улучшение в том, что касается снижения симптомов вторжения по сравнению с исходными показателями, катамнестические данные свидетельствуют о том, что у обследуемых из группы психодинамической психотерапии наблюдается большее улучшение в период после завершения терапии, нежели у обследуемых, подвергавшихся двум другим видам лечения. Эти результаты о накоплении положительных изменений в период после лечения сходны с теми, которые отмечали Хоровиц с соавт. (Horowitz et al, 1986), и позволяют предположить, что психодинамическая психотерапия мобилизует механизмы совладания, которые продолжают функционировать после окончания терапии. Бром с соавт. (Brom et al., 1989) получили результаты, наиболее релевантные для краткосрочной психодинамической психотерапии, но их можно распространить и на длительное психодинамическое лечение (АНСРР уровень А).

Клинические исследования

Линди (Lindy, 1988) опубликовал клинические данные о своей работе с 37 ветеранами вьетнамской войны, каждый из которых соответствовал критериям ПТСР по DSM-III. Средний возраст выборки — 35 лет. Обследуемых оценивали по тяжести боевого опыта и психологическому функционированию, ^a затем сравнивали с произвольной выборкой ветеранов Вьетнама (N = 200), Собранных из клинической и неклинической популяций. Отсутствовала Группы с плацебо. Распределение пациентов по видам лечения не было Р^aндомизировано. Лечение включало психодинамическую психотерапию ^c привлечением травматических военных воспоминаний. Те, кто завершил ^{лечение}, должны были обращаться к теме его окончания в рамках самого

лечения. Всего в исследовании Линди наблюдались 23 человека, завершивших лечение. Терапия была направлена главным образом на то, чтобы пациенты могли справиться с травматическими переживаниями, не вытесняя их. Цели терапии выходили за пределы устранения симптомов. Окончательной целью было внутриспихическое изменение. Лечение было поэтапным и состояло из трех фаз: открытие, проработка, завершение. Отслеживались такие факторы, как рабочий альянс, перенос и контрперенос. Среднее количество сеансов равнялось 56. Значимые изменения отмечались посредством формуляра психиатрической оценки, основанного на клинических оценках независимых экспертов и на общих оценках, сделанных как пациентами, так и терапевтами. Значимые различия были также отмечены по другим методикам, использующим самоотчет, включая SCL-90, Шкалы влияния события и Цинциннатский список стрессовых реакций. Наиболее заметно изменились явления вторжения, чувства отчуждения и подавленности, связанные с ними черты враждебности и злоупотребления психоактивными веществами. Клинические оценки в конце лечения показали, что пациенты все еще не достигли «нормального» уровня. Автор отмечает, что в своем завершающем интервью они производили впечатление своей возросшей способностью доверять и способностью справиться с травматическим стрессом, провоцируемым самим интервью. Казалось также, что от своего состояния психической онемелости они сдвинулись в сторону большей ценности переживания полноты жизни. Они в большей мере испытывали чувство личностной целостности и собственного достоинства как участники сражений. У них наблюдались меньшее отчуждение и большая включенность во взрослые социальные роли и соответствующие созидательные виды деятельности. Обследуемые также проявляли большее ощущение непрерывности и целостности своего бытия как личности (АНСРР уровень В).

Вайс и Мармар (Weiss, Marmar, 1993) описывают психодинамическое лечение (продолжительностью 12 сеансов) взрослых людей, переживших единичное травматическое событие. Они использовали поэтапную психотерапию и сообщили о результатах работы более чем с 200 пациентами. Они не применяли способов систематической оценки эффективности терапии. Основным выводом их статьи состоит в том, что этому методу лечения можно «научить». Этот вывод наиболее релевантен для краткосрочной психодинамической психотерапии, но может быть распространен и на длительное психодинамическое лечение (АНСРР уровень С).

Рот и Бэтсон (Roth, Batson, 1997) провели систематическую оценку психодинамического лечения продолжительностью в год шести взрослых женщин, переживших в детстве инцест с последующим ПТСР. Маркеры улучшения в областях, характерных для ПТСР и других психиатрических диагнозов, в темах, отражающих травму, и в комплексных симптомах ПТСР

стрируют значимые клинические изменения. Терапевтический эффект для травматических тем проявился в том, как пациентки переработали травматические истоки своего страха, стыда, отчуждения и ярости (АНСРР уровень В). Многочисленные клинические исследования не были контролируемы или строгими в выборе параметров для оценки результата терапии, но оказались достаточно убедительными, чтобы послужить основанием для использования психодинамической психотерапии и применения психодинамического подхода к лицам, пережившим травматическое событие (АНСРР уровень С). К ним относится и описание своей работы Джудит Херман (Herman, 1992) с пациентами, пережившими травму, большинство из которых были женщины, подвергшиеся в детстве изнасилованию или инцесту. Лечение включало сочетание поддерживающих и экспрессивных методов психодинамической психотерапии, последовательно рассматривались вопросы безопасности, воспоминания и оплакивания и восстановления связи в контексте прочных позитивных отношений с вызывающим доверие терапевтом. Леонард Шен-голд (Shengold, 1989, 1991) также описывает опыт классического психоанализа взрослых пациентов, переживших в детстве сексуальную травму, в своих книгах «Убийца души» и «Отец, ты не видишь, что я горю?» Шенголд приводит сильные аргументы в пользу проведения классического психоанализа с этими пациентами, у многих из которых наличествует тяжелая патология характера. Он полагает, что ребенок может реагировать на сексуальное злоупотребление изоляцией и расщеплением чувств, мыслей и идентификаций. Убийственная ярость может стать тяжелейшим бременем для пациента. Это нужно тщательно прояснять и интерпретировать, чтобы то, что в психике было разделено, могло снова соединиться. Степень симптоматического улучшения у пациентов различна, но Шенголд указывает на те позитивные изменения, которые происходят у пациентов в области управления чувствами, вовлеченности в отношения и тестирования реальности. Де Винд (De Wind, 1971) представил положительные результаты терапии 23 случаев жертв Холокоста, проходивших классический психоанализ. Успех, по-видимому, зависел от способности пациента оплакивать потерю объектов любви и выдерживать свою собственную агрессию. В дополнение к более оптимальному обращению с посттравматическими симптомами пациенты приобретали также более глубокое чувство цельности и осмысленности. Роуз (Rose, 1991) описал успешный опыт психодинамической психотерапии ряда взрослых пациенток (неизвестно, скольких именно), переживших изнасилование. В ходе лечения акцент делался на конфронтации и совладании с яростью. Роуз обнаружил, что у пациенток имело место снижение посттравматической симптоматики и в некоторых случаях улучшилась способность справляться с Другими, существовавшими ранее конфликтами. Сведения, полученные^В этих исследованиях, определяются ограниченной выборкой пациенток

и методическими особенностями, но потенциально их можно распространить на другие виды психодинамической психотерапии.

Сообщения о единичных случаях или о небольших выборках, начиная с «Исследований истерии» Брейера и Фрейда, составляют основную массу свидетельств эффективности психоаналитических подходов к терапии переживших травму. Это свидетельства АНСПР уровень D, в лучшем случае (базирующиеся на продолжительной и широко распространенной клинической практике, не подвергавшейся эмпирической проверке в ПТСР). В числе известных примеров можно назвать сообщение Гринсона (Greenson, 1971) о мультимодальном лечении двадцатилетнего солдата, которого мучило вторжение повторяющихся слов, не имевших для него никакого смысла. Интервью с использованием пентотала натрия (sodium pentothal) обнаружило, что это были те самые слова, которые пришли ему голову, когда он чуть было не утонул во время одного боевого эпизода. Тогда пациент написал письмо матери и из ее ответа узнал, что это были слова колыбельной, которую она ему пела. В этом очень коротком лечении терапевтом использовались отреагирование, объяснение и психоаналитический подход. Как сообщалось, пациент избавился от симптома. Голдшмидт (Goldschmidt, 1986) также сообщил о положительных результатах терапии взрослого пациента, который в возрасте четырех лет стал свидетелем самоубийства своих родителей (пытавшихся отравить и его). Лечение состояло из 20 сеансов краткосрочной психодинамической психотерапии, в ходе которой терапевт опознал и проинтерпретировал элементы травматической ситуации, которые оживали в терапевтической ситуации. Способность пациента оплакивать потерю улучшилась. Ему также удалось сократить количество постоянно повторяющихся попыток воспроизведения травмы (включая побуждения к нанесению себе повреждений, крайнее избегание и выраженную тревогу). Пациент затем перешел к классическому психоанализу. Линди (Lindy, 1988) также отметил тенденцию воспроизводить травматические события и реакции в переносе, работая с ветеранами вьетнамской войны (как указывалось выше). Крапник (Krupnick, 1997) сообщил о исследовании единичного случая, демонстрирующего эффективность краткосрочной (12 сеансов) психодинамической психотерапии для ПТСР. Терапия носила в основном поддерживающий характер, но предлагались также и интерпретации переноса. Терапевт пытался помочь пациентке «восстановить ощущение цельности и осмысленности» (р. 77). Лечение было направлено на смягчение посттравматической симптоматики, а также на то, чтобы помочь пациентке продвигаться по жизни, не испытывая чувства вины. Признавая свои неистовые и агрессивные чувства, пациентка смогла их интегрировать в более зрелое представление о себе. Результаты всех этих исследований позволяют предположить, что психоанализ и психодинамическая психотерапия имеют продолжительный и масштабный эффект при лечении лиц, переживших травму.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психодинамическое лечение направлено на то, чтобы вновь задействовать нормальные механизмы адаптации, обращаясь к бессознательному и делая его сознательным по мере возможности. Это осуществляется путем исследования психологического значения травматического события. Оно может включать изучение и сортировку желаний, фантазий, страхов и защит, порожденных этим событием. Психодинамическое лечение требует способности к озарению и смелости, его лучше всего проводить в контексте терапевтических отношений, характеризующихся безопасностью и честностью. Перенос и контрперенос являются универсальными феноменами, терапевт, распознавая их, может по мере надобности открыто обращаться к ним в терапии в зависимости от техники лечения и своей терапевтической позиции. Отношения «терапевт-пациент» являются решающим фактором ответной реакции пациента на терапию.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Когда рассматривается вопрос о направлении пациента на психодинамическую психотерапию, будь то классический психоанализ, психодинамическая психотерапия, краткосрочная психодинамическая психотерапия или поддерживающая психотерапия, терапевт должен оценить определенные свойства пациента. На стадии оценки пациент и терапевт сообща рассматривают цели пациента. Надеется ли пациент просто ослабить симптомы и «продвинуться в жизни» или же он стремится к более глубокому пониманию своих реакций, истории жизни, целей и возможностей? Какие практические соображения (финансовые аспекты, наличие времени, карьера) имеют отношение к психотерапии? К концу стадии оценки (которая может потребовать от одного до пяти сеансов или более) терапевт должен предложить пациенту четкую формулировку проблемы и общие рекомендации по лечению. Окончательный выбор типа лечения лучше делать совместно. В принятии такого решения могут помочь некоторые руководящие принципы.

Габбард (Gabbard, 1994) перечисляет следующие показания к высокоэкспрессивной психодинамической психотерапии (в том числе к классическому психоанализу):

1) сильная мотивация к пониманию себя; 2) страдание, нарушающее жизнь пациента в такой степени, что он согласен выносить трудности лечения; 3) способность не только регрессировать и утрачивать контроль над чувствами и мыслями, но и вновь обретать его и размышлять об этой регрессии

регрессия на службе Эго (Greenson, 1967)]; 4) фрустрационная толерантность; 5) способность к инсайту или психологизированию; 6) сохранность тестирования реальности; 7) значимые и продолжительные объектные отношения; 8) умеренно хороший контроль над импульсами; 9) способность не прекращать работу (Bachrach, Leaff, 1978).

Габбард также подчеркивает способность пациента формировать прочные доверительные отношения с терапевтом. Люборски с соавт. (Luborsky et al 1988) добавляют, что хороший результат более вероятен, когда с самого начала лечения между терапевтом и пациентом устанавливаются позитивные отношения.

Пациентам с ПТСР может недоставать одного или нескольких из перечисленных выше свойств по причине следующих тенденций: к избеганию травматического материала; к страху оказаться захваченным чувствами, мыслями, образами; к сниженной фрустрационной толерантности; к нарушенной способности начинать или сохранять отношения; к ослаблению контроля над импульсами; к трудностям в поддержании профессиональной занятости. Как указывает Куртуа (Courtois, 1999) в своем обзоре современных моделей психодинамической психотерапии, фокусированной на травме, с уязвимостью подобного рода можно работать путем разбитого на фазы лечения, которое включает разнообразные техники и выдвигает на передний план пошаговую работу с потребностями и возможностями пациента.

Другое ключевое показание к экспрессивной психодинамической психотерапии, вытекающее из клинических познаний, — это способность пациента отойти от своей позиции и посмотреть на себя со стороны. Эта способность, которая обозначается термином «наблюдающее Я», как обычно считают, усиливается в ходе лечения и используется для оценки готовности пациента к окончанию лечения. Сочетание сильного наблюдающего Я и достаточного понимания себя обеспечивает индивида возможностью поддерживать или даже совершенствовать психическое равновесие без помощи терапевта.

Следующие характеристики являются показаниями к более поддерживающей психодинамической психотерапии: продолжительная слабость Эго; актуальный жизненный кризис; низкая толерантность к тревоге и/или фрустрации; низкая способность к инсайту; недостаточное тестирование реальности; серьезные нарушения отношений с объектами; ограниченный контроль над импульсами; низкий интеллект или органическая когнитивная дисфункция; трудности с самонаблюдением; слабая способность к образованию терапевтического альянса (Gabbard, 1994).

Следующий вопрос, который надлежит разрешить, — это вопрос о том, должна ли психотерапия быть длительной или краткосрочной. И экспрессивная, и поддерживающая терапия может быть либо длительной, не имею-

щей конкретного срока окончания, либо краткосрочной и фокальной. Выбор до некоторой степени зависит от практических соображений: критическими факторами являются возможности медицинского обеспечения и финансовые ресурсы. Выбор зависит также от договоренности о целях лечения и возможностей пациента. Краткосрочная терапия требует, чтобы пациент был в состоянии быстро сформировать доверительные отношения с терапевтом. Пациент и терапевт должны также договориться об конкретном фокусе терапевтической работы. Люборски (Luborsky, 1990) дал этому название *«центральная конфликтная тема отношений»* и показал, что краткосрочная терапия имеет больший успех, когда интерпретации терапевта тесно сопрягаются с этой темой.

Краткосрочная психодинамическая психотерапия не означает «меньше терапии». Это методически четко очерченный, высоко сфокусированный терапевтический подход, рекомендуемый в тех случаях, когда пациент и терапевт достигли полного согласия относительно природы проблем и метода их преодоления. Эта терапия требует от пациента способности быстро соображать, формировать высокую степень доверия, выраженной способности выносить тягостные чувства и способности размышлять о себе в широком контексте. Хотя исследования Брома с соавт. (Brom et al., 1989), а также Хоро-вица с соавт. (Horowitz et al., 1986) позволяют предположить, что благотворный эффект от краткосрочной терапии может продолжаться много времени спустя после того, как лечение будет закончено, ясно также и то, что краткосрочная терапия наиболее показана в тех случаях, когда проблема является фокальной.

Многим пациентам, пережившим травматическое событие, присущи отнюдь не фокальные проблемы. Понятие комплексного ПТСР (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997) основывается на понимании того, что травма, пережитая в ранние периоды жизни, имеет серьезные последствия для дальнейшего развития. Для многих таких пациентов посттравматическое состояние сочетает симптоматику ПТСР с более общими трудностями в регуляции аффекта, с импульсивностью, диссоциативными тенденциями, нарушенным восприятием себя и других, соматизацией и изменениями в смысловой сфере. Маккэн и Перлмэн (McCann, Pearlman, 1990), а также Рот и Бэтсон (Roth, Watson, 1997) детально представили крах центральных убеждений и образа Я, лежащих в основе психологии взрослых людей, переживших травму в детстве. Маккэн и Перлмэн, в частности, отмечают, что проблемы переноса и контрпереноса в лечении таких пациентов оказываются тягостными и мощными, детерминируя трудности в области безопасности, доверия и зависимости, уважения и независимости. Дэйвис и Фроули (Davies, Frawley, 1994) описали использование диссоциации в защитных целях, когда взрослая пациентка, пережившая в детстве инцест,

предъявляет травматический материал с одновременным подавлением травматических воспоминаний, аффектов и фантазий. Они также предполагают, что сам по себе страх способен стать *эротизированным* (спутанным с сексуальным возбуждением) настолько, что глубоко влияет на жизнь пациентки и ее отношения с терапевтом. Это может быть фактором *повторной виктимизации* (паттерн повторяющейся на протяжении жизни травматизации). Маккэн и Перлман (McCann, Pearlman, 1990), подводя итоги исследований, предполагают, что лица, пережившие в детстве травму, могут быть особенно уязвимы к последующей виктимизации и составляют группу повышенного риска возникновения ПТСР при повторной травматизации в последующей жизни. Крапник с соавт. (Krupnick et al., 1998) предположили что интерперсональная психотерапия, сфокусированная на помощи пациенту в понимании и изменении паттернов взаимоотношений, может снизить потенциал повторной виктимизации в последующей жизни.

Когда предъявляемая проблема имеет комплексный характер, более показанной может быть длительная терапия, не имеющая конкретного срока окончания. Руководствуясь рядом соображений, можно сделать выбор в пользу либо классического психоанализа, либо другой формы длительной психотерапии. Если пациент намеревается проходить классический анализ, то он должен быть готов иметь дело с разнообразными проблемами и обладать требуемыми для этого свойствами, связанными с выявлением и интерпретацией переноса. Такое решение должно основываться на тщательной оценке целей пациента и его способностей (с использованием указанных выше критериев).

Поскольку травматический опыт и определенные личностные нарушения предрасполагают к эмоциональной нестабильности, может потребоваться период поддерживающей терапии для подготовки пациента к более интенсивным, экспрессивным методам терапии. Подготовительная фаза помогает пациенту в большей мере овладеть своими эмоциональными и когнитивными реакциями и сформировать более прочный терапевтический альянс как базу для последующей экспрессивной работы.

Дэниели (Danieli, 1989) предположил, что в работе с жертвами Холокоста и их детьми может быть показана групповая работа. Однородные группы из переживших Холокост или их детей, а также смешанные группы, составленные из представителей разных поколений, могут создать временную «семью», которая поможет своим членам вновь утвердить идентичность и переработать отношения с другими людьми. Мобилизация интернализированных и пораженных травматическим опытом объектных отношений внутри группы может дать столь необходимую возможность оплакивания и психологического продвижения. Рекомендациям Дэниели вторит Шей (Shay, 1994), подчеркивающий важность *разделения* военного опыта другими членами

группы ветеранов по мере рассказывания о боевых эпизодах. Отсылаем читателя к главе 8, где приводится более полное обсуждение групповой терапии.

Противопоказания к применению психодинамических методов психотерапии противоположны показаниям, перечисленным выше: неспособность к образованию терапевтического альянса, недостаточная способность к психологизации, недостаточно развитое наблюдающее Я, нарушенное тестирование реальности и неспособность выносить сильные эмоции являются важными противопоказаниями к экспрессивным методам терапии. Пациент может быть просто неспособен выдерживать возникающие в ходе лечения проблемы.

Контрперенос на пациентов, переживших травму, может быть глубоким и запутанным, и это надо иметь в виду, работая с таким контингентом. Выраженный контрперенос со стороны терапевта может служить относительным противопоказанием для начала или продолжения терапии. Адекватное обучение, непрерывная рефлексия, поддержка со стороны коллег, постоянная супервизия и личная психотерапия могут стать подспорьем в поддержании терапевтической позиции при работе с лицами, пережившими травму. Перлман и Сааквитне (Pearlman, Saakvitne, 1995) описали феномен *викарной травматизации*, под которым они понимают реакцию терапевта на постоянные рассказы пациентов о злоупотреблениях и насилии, пережитых ими в детстве. Они считают, что викарная травматизация существует в качестве отдельного аспекта психотерапевтических отношений и должна рассматриваться в дополнение к искажениям переноса и контрпереноса. Авторы предлагают стратегию избегания того, что они называют «цикл викарной травматизации в контрпереносе», который в противном случае может разрушить пациента, терапевта и терапию.

Литература по терапии депрессии подтверждает вывод о том, что сочетание психодинамических и фармакологических методов имеет синергический эффект (DiMascio et al., 1979; van Praag, 1989). Хотя не было проведено параллельных исследований пациентов, страдающих ПТСР, с точки зрения здравого смысла следует делать для пациентов все то, что могло бы им помочь. Клинический опыт свидетельствует, что фармакологические воздействия, снижающие чрезмерное возбуждение, тревогу и дисфорию и улучшающие сон, часто помогают в подготовке пациента к тому, чтобы выдержать столкновение со стрессовыми воспоминаниями, мыслями и чувствами в психодинамической психотерапии.

ОБЛАСТИ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Исследования в области психодинамической психотерапии сталкиваются с серьезными проблемами при попытке использования общепринятой исследовательской парадигмы для оценки ее эффективности. Некоторые из этих

работ, цитировавшиеся выше (особенно работы Брома, Клебера, Дэфэрс-Хоровица; Линди; Люборски) предлагают пути преодоления этого препятствия. Существенным является то, что психодинамические психотерапевты находят способы формулировать свои положения как верифицируемые гипотезы. Исследование можно обогатить дальнейшим изучением отдельных случаев и широкоохватными работами, описывающими результаты терапии в разных выборках. В исторических обзорах прослеживается эволюция ключевых теоретических понятий для того, чтобы их можно было пересмотреть и в некоторых случаях заново определить. Цель междисциплинарных программ — привести психодинамический подход в соприкосновение с нейронауками и генетикой, а также с психологией развития, с когнитивным и бихевиоральным подходами. Наконец, наиболее важно, чтобы соперничество противников было переформулировано и воспринималось как сотрудничество коллег. Данный проект является шагом в этом направлении.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Мы хотим выразить благодарность членам рабочей группы по психодинамической психотерапии ПТСР, включая Нанет Ауэрхан, Роналда Бэтсона, Элизабет Бретт, Ричарда Гартнера, Марди Хоровица, Нэнси Корбин, Дори Лауб, Элэне Ньюмэн, Лори Перлмэн, Сюзэн Рот и Бэссела ван дер Колка. Мы также благодарим рецензентов Мэтью Фризмэна, Патрисию Резик и Сюзэн Рот за их усилия при работе над проектом.

ЛИТЕРАТУРА

- Bachrach H. M., Leaff L. A.* (1978). "Analyzability": A systematic review of the clinical and quantitative literature. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 26, 881-920.
- Breuer J., Freud S.* (1955). Studies on hysteria. In J. Strachey (Ed. Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 1-335). London: Hogarth Press. (Original work published 1895)
- Briere J.* (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival* (2nd ed.). New York: Springer.
- Brom D., Kleber R.J., Defares P. B.* (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Bruch H.* (1974). *Learning psychotherapy: Rationale and ground rules*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Chu J. A.* (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley.

- Courtois C. A.* (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: Norton.
- Danieli Y.* (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology* 1, 23-42.
- Danieli Y.* (1989). Mourning in survivors and children of survivors of the Nazi Holocaust: The role of group and community modalities. In D. R. Dietrich, P. C Shabad (Eds.), *The problem of loss and mourning: Psychoanalytic perspectives* (pp. 427-460). Madison, CT: International Universities Press.
- Davies J. M., Frawley M. G.* (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse: A psychoanalytic perspective*. New York: Basic Books.
- De Wind E.* (1971). Psychotherapy after traumatization caused by persecution. In H. Krystal, W. G. Niederland (Eds.), *Psychic traumatization* (pp. 93-114). Boston: Little, Brown.
- De Wind E.* (1984). Some implications of former massive traumatization upon the actual analytic process. *International Journal of Psychoanalysis*, 65, 273-281.
- DiMascio A., Weissman M. A., Prusoff B. A., Neu C, Zwilling M., Klerman G.* (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- Fairbairn W. R. D.* (1943a). The repression and return of bad objects (with special reference to the "war neuroses"). In W. R. D. Fairbairn, *Psychoanalytic studies of the personality* (pp. 59-81). London: Tavistock.
- Fairbairn W. R. D.* (1943b). The war neuroses—their nature and significance. In W. R. D. Fairbairn, *Psychoanalytic studies of the personality* (pp. 256-288). London: Tavistock.
- Ferenczi S., Abraham K., Simmel E., Jones E.* (1921). *Psycho-analysis and the war neuroses*. New York: International Psycho-Analytical Press.
- Freud A.* (1966). The ego and the mechanisms of defense. In *The writings of Anna Freud* (Vol. 2, pp. 1-191). New York: International Universities Press. (Original work published 1936)
- Freud S.* (1953). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 123-245). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)
- Freud S.* (1955). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-64). London. Hogarth Press. (Original work published 1920)
- Freud S.* (1959). An autobiographical study. In J. Strachey (Ed. Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 1-74). London: Hogarth Press. (Original work published 1925)
- Freud S.* (1962). The aetiology of hysteria. In J. Strachey (Ed. Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 187-221). London: Hogarth Press. (Original work published 1896)
- Gabbard G. O.* (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Ill P.* (1988). *Freud: A life for our time*. New York: Norton.
- Goldschmidt O.* (1986). A contribution to the subject of psychic trauma based on the course of a psychoanalytic short therapy. *International Review of Psycho-Analysis*, 13, 181-199.

- Greenson R. R.* (1978). The psychology of apathy. In R. R. Greenson, *Explorations in psychoanalysis* (pp. 17-30). New York: International Universities Press. (Original work published 1949)
- Greenson R. R.* (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson R. R.* (1978). A dream while drowning. In R. R. Greenson, *Explorations in psychoanalysis* (pp. 415-423). New York: International Universities Press. (Original work published 1971)
- Grinker R., Spiegel J.* (1945). *Men under stress*. New York: McGraw-Hill.
- Haley S.* (1974). When the patient reports atrocities. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- Herman J.* (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horowitz M.J.* (1974). Stress response syndromes: Character style and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 31, 768-781.
- Horowitz M.J.* (1995). Defensive control of states and person schemas. In T Shapiro, R. N. Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 67-89). Madison, CT: International Universities Press.
- Horowitz M.J.* (1997a). *Formulation as a basis for planning psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horowitz M.J.* (1997b). *Stress response syndromes* (3rd ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz M.J.* (1998). *Cognitive psychodynamics: From conflict to character*. New York: Wiley.
- Horowitz M.J., Kaltreider N.* (1979). Brief therapy of the stress response syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 365-377.
- Horowitz M.J., Marmar C, Krupnick J., Wilner N., Kaltreider N., Wallerstein R.* (1984). Personality styles and brief psychotherapy. New York: Basic Books.
- Horowitz M.J., Marmar C, Weiss D. S., DeWitt K, Rosenbaum R.* (1984). Brief therapy of bereavement reactions: The relation of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- Horowitz M.J., Marmar C, Weiss D., Kaltreider N, Wilner N.* (1986). Comprehensive analysis of change after brief dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 143, 582-589.
- Horowitz M.J., Milbrath C, Jordan D., Stinson C, Ewert M., Redington D., Fridhandler B., Reidbord S., Hartley D.* (1994). Expressive and defensive behavior during discourse on unresolved topics: A single case study. *Journal of Personality*, 62, 527-563.
- Horowitz M. J., Stinson C, Curtis D., Ewert M., Redington D., Singer J. L., Bucci W., Mergenthaler E., Milbrath C, Hartley D.* (1993). Topics and signs: Defensive control of emotional expression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 421-430.
- Huston J.* (1948). *Let there be light* (PMF5019). Washington, DC: Film Production of the U. S. Army.
- Janet P.* (1886). Les actes inconscients et la memoire pendant le somnambulisme. *Revue Philosophique*, 25(1), 238-279.
- Janet P.* (1973). *L'automatisme psychologique*. Paris: Societe Pierre Janet. (Original work published 1889)
- Kandel E. R.* (1979). Psychotherapy and the single synapse. *New England Journal of Medicine*. 301, 1029-1037.

- Kardiner A.* (1941). *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul B. Hoeber.
- fcardiner A., Spiegel H.* (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Paul B. Hoeber.
- lein M.* (1975). *Envy and gratitude and other works, 1946-1963*. New York: Free Press.
- Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B.J., Chevron E.* (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Krupnick J.* (1997). Brief psychodynamic treatment of PTSD. *Session' Psychotherapy in Practice*, 3, 75-89.
- Krupnick J. L., Green B. L., Miranda J.* (1998, June). Group interpersonal psychotherapy for the treatment of PTSD following interpersonal trauma. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Snowbird, UT.
- Krystal H.* (Ed.). (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Krystal H.* (1988). *Integration and self-healing*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Kudler H.* (1989). The tension between psychoanalysis and neuroscience: A perspective on dream theory in psychiatry. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 12, 599-617.
- Kudler H.* (1991). What is psychological trauma? *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Newsletter*, 2, 8.
- Lidz T.* (1946). Nightmares and the combat neurosis. *Psychiatry*, 3, 37-49.
- Lifton R.J.* (1967). *Death in life: Survivors of Hiroshima*. New York: Random House.
- Lindemann E.* (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-146.
- Lindy J.* (1985). The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters. *Psychiatric Annals*, 15, 153-60.
- Lindy J.* (1986). An outline for the psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (Vol. II, pp. 195-212). New York: Plenum Press.
- Lindy J.* (1988). *Vietnam: A casebook*. New York: Brunner/Mazel.
- Lindy J.* (1996). Psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experiences on mind, body, and society* (pp. 525-536). New York: Guilford Press.
- Loewald H. W.* (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 16-33.
- Luborsky L.* (1990). A guide to the CCRT method. In L. Luborsky, P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (pp. 15-36). New York: Basic Books.
- Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J., Auerbach A.* (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Mann J.* (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- warmar C, Freeman M.* (1988). Brief dynamic psychotherapy of post-traumatic stress disorders: Management of narcissistic regression. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 323-337.
- McCann I. L., Pearlman L. A.* (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- Mosher P. W.* (Ed.) (1987). *Title key word and author index to psychoanalytic journals, 1920-1986*. New York: American Psychoanalytic Association.
- Ochberg F. M.* (Ed.). (1988). *Post-traumatic therapy and victims of violence*. New York: Brunner/Mazel.

- Parson E. R.* (1984). The reparation of the self: Clinical and theoretical dimensions in the treatment of Vietnam combat veterans. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 14(1), 4-56.
- Pearlman L. A., Saakvitne K. W.* (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: Norton
- Pelcovitz D., van derKolk B., Roth S., MandelF. S., Kaplan S., Resik P. A.* (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-17.
- Reiser M. F.* (1984). *Mind, brain, body*. New York: Basic Books.
- Rivers W. H. R.* (1918, February 2). An address on the repression of war experience. *Lancet* pp. 173-177.
- Rose D.* (1991). A model for psychodynamic psychotherapy with the rape victim. *Psychotherapy*, 28, 85-95.
- Roth S., Batson R.* (1997). *Naming the shadows: A new approach to individual and group psychotherapy for adult survivors of childhood incest*. New York: Free Press.
- Sargant W., Slater E.* (1969). *An introduction to physical methods of treatment in psychiatry* (4th ed.). Edinburgh and London: Livingstone.
- Shay J.* (1994). *Achilles in Vietnam: Combat trauma and the undoing of character*. New York: Atheneum, Macmillan.
- ShengoldL.* (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- ShengoldL.* (1991). "Father, don't you see I'm burning?" Reflections on sex, narcissism, symbolism, and murder. New Haven, CT: Yale University Press.
- TerrL.* (1979). Children of Chowchilla. *Psychoanalytic Study of the Child*, 34, 547-623.
- Ulman R., Brothers D.* (1988). *The shattered self: Psychoanalytic study of trauma*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Van derHart O., Brown P., van derKolk B. A.* (1989). Pierre Janet's treatment of post traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-395.
- van derKolk B. A., McFarlane A. C, Weisaeth L.* (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- van PraagH.* (1989). Moving ahead yet falling behind: A critical appraisal of some trends in contemporary depression research. *Neuropsychobiology*, 22, 181-193.
- Weiss D., Marmar C* (1993). Teaching time-limited dynamic psychotherapy for post-traumatic stress disorder and pathological grief. *Psychotherapy*, 30, 587-591.
- Werman D. S.* (1984). *The practice of supportive psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wilson J. P., LindyJ. D.* (Eds.). (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York:, Guilford Press.
- WinnicottD. W.* (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth Press.

Лечение в стационаре

Кристин А. Курти, Сандра Л. Блюм

ТЕОРИЯ

Формирование современных моделей лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в условиях стационара проходило под влиянием двух основных факторов: (1) прогресс в разработке и оценке эффективности методов оказания помощи (как в стационаре, так и амбулаторно) лицам, страдающим от последствий психической травмы, достигнутый за два истекших десятилетия; (2) поиск возможностей снижения стоимости лечения. Довольно долго в прошлом отрицалась связь между травматическим опытом и последующими психическими нарушениями. В большом эпидемиологическом исследовании Кесслер, Соннеги, Броменты, Хьюджиса и Нельсона (Kessler et al., 1995) показано, что у лиц с ПТСР почти в восемь раз чаще встречаются три или более сопутствующих психических заболеваний, а 88% мужчин и 79% Женщин с ПТСР имеют по меньшей мере одно другое заболевание. Похожие Результаты были получены и в других исследованиях, проведенных на выборках: ветеранов боевых действий (Brady, 1997; Orsillo et al, 1996; Southwick et al., 1993); взрослых, пострадавших от жестокого обращения в детском возрасте (Brown, Anderson, 1991; Ellason et al., 1996); пациентов стационара (Faustman et al., 1989) и женщин (Breslau et al., 1997; Carlin, Ward, 1992).

Несмотря на то, что психическая травматизация и посттравматическая симптоматика довольно распространены среди тех лиц, которые требуют стационарного и амбулаторного лечения, многие специалисты в области психического здоровья в ходе своего профессионального обучения вовсе

не прошли или не прошли в достаточной мере подготовку к лечению пост-травматических реакций. К сожалению, эта тенденция сохраняется и по сей день. Вследствие этого клиницисты нередко допускают ошибки в оценке роли фактора психической травмы в этиологии психиатрических проблем данного пациента. С учетом сложившейся ситуации были разработаны программы лечения, в которых придавалось большее значение взаимосвязи травматического опыта с психическими нарушениями, развившимися у пациентов впоследствии. Основная идея, воплощенная в специальных подходах лечения ПТСР, состояла в том, что признание роли травматических переживаний и лечение, направленное на последствия перенесенной пациентом психической травмы, должны способствовать проработке пациентом своего травматического опыта, что, в свою очередь, приведет к ослаблению интенсивности посттравматических симптомов и их окончательному терапевтическому разрешению. В подходе, базирующемся на работе с травмой, большое значение придается формированию у пациента системы представлений, способствующих пониманию основных последствий и психопатологических реакций, вызванных психической травмой. Пациент рассматривается не как «носитель патологии», который должен быть направлен на лечение к некоему авторитетному лицу, а как личность с общечеловеческой реакцией на ненормальные стрессовые условия, как партнер в ходе лечебного процесса.

На основе изложенных выше идей начиная с конца 70-х — начала 80-х в клиниках общего профиля стали создаваться специализированные отделения для лечения ПТСР в стационарных условиях, что отличало их от отделений, в которых практиковали более традиционный подход к терапии (наряду с этим в общих отделениях стали применять методы лечения, учитывающие специфику ПТСР). Данные программы были нацелены главным образом на оказание помощи ветеранам боевых действий и лицам, подвергшимся насилию в детстве. Эти пациенты по большей части подвергались и другим типам психической травматизации. Иногда в эти программы включались и пациенты с другими видами острой и/или хронической травмы (например, жертвы сексуального нападения, домашнего насилия, беженцы, военнопленные и пр.)' Как правило, продолжительность ориентированных на работу с травмой программ была довольно велика (средняя продолжительность лечения для пациентов, переживших травматизацию в детском возрасте и проходящих лечение в частных или государственных клиниках, составляла 30 дней и, соответственно, 90 дней для ветеранов, получавших медицинскую помощь под эгидой Комитета по делам ветеранов). Курс лечения проходил как в индивидуальном, так и в групповом формате, при этом основное внимание уделялось травматическим переживаниям прошлого пациентов, наряду с этим в ход^е реабилитационных мероприятий, а также семейной и средовой терапии, прорабатывались и актуальные проблемы (Bloom, 1994; Johnson, 1997).

Позже фокус терапевтического процесса сместился с переработки и разрешения травмы (хотя многие программы, созданные на первых этапах, охватывали и ряд других проблем пациентов, помимо собственно травмы) на более широкий контекст психосексуального развития индивида, объектных отношений, а также пре- и посттравматические факторы риска и способности к адаптации, системы социальной поддержки, и уровень функционирования. При этом учитывалось влияние психической травмы на все указанные сферы. Расширение спектра проблем пациентов, затрагиваемых в лечении, произошло благодаря следующим факторам:

1. Рост понимания сложности симптоматики хронического ПТСР, его коморбидности с другими психиатрическими расстройствами и, вследствие этого, трудностей в лечении и реабилитации пациентов с ПТСР. В настоящее время практически уже не применяется лечение, при котором акцент ставится исключительно на работе с травматическим опытом (в особенности путем использования техник работы с травмой, направленных на регрессию, а также отреагирование и реактивацию травматического опыта), в то время как в стороне оставались актуальные на данный момент вопросы безопасности, функционирования и восстановления социальных связей (модели лечения психической травмы, основанные на таком подходе, относят к «первому поколению») (Chu, 1992; Johnson et al., 1994).

2. Разработка новых, более масштабных моделей лечения, ориентированных на иные аспекты психики пациента, помимо психической травмы и симптомов ПТСР, в том числе объектные отношения и проблемы привязанности (модели «второго поколения»).

3. Разработка представлений о фазово-ориентированном лечении ПТСР, которое должно быть поэтапным, дозированным, с постепенным продвижением к решению задач более высокого уровня. В этой модели приоритет отдается преодолению кризисной ситуации, индивидуальной безопасности, сообщению пациенту основных сведений о психической травме и обычных человеческих реакциях на нее, обучению и овладению методами самостоятельной работы с симптомами, стабилизации симптомов, рациональной психофармакологии (Brown et al., 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; van der Kolk et al., 1996). Перенос фокуса работы на реконструкцию и переработку травматических воспоминаний обычно происходит только в тех случаях, если отсутствует тенденция к ослаблению посттравматической симптоматики пациента и/или пациент нуждается в такой проработке для обретения и поддержания чувства безопасности. В фазово-ориентированных моделях сильная декомпенсация и/или высокий риск того, что пациент может причинить вред себе или окружающим, являются важнейшими основаниями для проведения лечения в условиях стационара.

4. Данные по эффективности лечения, которые впервые стали доступны в конце 80-х — начале 90-х благодаря Комитету по делам ветеранов.

5. Пересмотр области применения, необходимость снижения затрат на лечение, а также оптимизация оказываемой врачебной помощи (как в частных лечебных заведениях, так и ветеранских программах).

В настоящее время существует множество самых разных вариантов программ стационарного лечения ПТСР, при этом каждая программа содержит уникальный набор лечебных стратегий и видов терапии. Однако, несмотря на все это разнообразие, в основе данных программ лежит признание роли психической травмы в этиологии посттравматической симптоматики, а принятые в них стратегии лечения имеют много общего. Основной акцент во всех этих подходах ставится на проработке травматического опыта пациента и последствий психической травмы, однако наряду с этим принимаются во внимание и фундаментальные для пациентов с ПТСР вопросы: личной безопасности, улучшения функционирования, овладения навыками саморегуляции, ослабления симптомов (включая планирование работы по предупреждению рецидивов), реабилитации, реинтеграции индивида в систему социальных институтов: семья, работа, социальная жизнь.

Концептуальной основой данной модели лечения выступают три центральные теоретические парадигмы, определенные Сайделем с соавт. (Seidel et al, 1994): теория социального обучения, теория развития, а также концепции терапевтического сообщества или социальной (milieu) психиатрии. С этой моделью лечения согласуется другая модель мультимодального поэтапного лечения в посттравматический период, описание которой приведено во многих публикациях (Brown et al., 1998; Chu, 1998; Courtois, 1999; Marmar et al, 1994; van der Kolk et al, 1996), а также с моделью общей психиатрической помощи, которая включает и методы психофармакологии, специально ориентированные на лечение пациентов, страдающих от последствий психической травмы (см. главу 5 данной книги, написанную Фридмэном, Дэвидсоном, Меллмэном и Саусвиком). Вместе с тем лечение ПТСР подразумевает и вариацию терапевтических целей в зависимости от типа травмы. Например, Кэтерол (Catherall, 1989) различает два типа психической травмы: первичную (исходный травматический опыт) и вторичную (последующие нарушения в сфере социального окружения и связей с другими людьми). Указанные типы травмы требуют различных стратегий лечения и применения специальных подходов. Совсем недавно в лечении последствий психической травмы стали уделять больше внимания объектным отношениям индивида, способности устанавливать отношения привязанности и типу привязанности, факторам риска и стабильности, относящимся как к периоду, предшествовавшему психической травме, так и к посттравматическому периоду.

Специфические цели лечения включают: (1) всестороннюю диагностику; (2) снижение интенсивности основной посттравматической симптоматики (симптомов вторжения, блокирования эмоциональных реакций/диссоциации, гипервозбуждения); (3) снижение выраженности другой посттравматической симптоматики, которая может проявляться на субклиническом уровне, но тем не менее существенно ухудшать нормальное функционирование индивида или влиять на его клинический статус; (4) диагностику и снижение остроты проявлений коморбидных расстройств и отдельных симптомов; (5) снижение риска реализации и/или терапевтическую проработку суицидальных, гомицид-ных, а также самодеструктивных импульсов, разрешение других кризисных состояний; (6) работу над вызывающими беспокойство пациента личностными проблемами; (7) разрешение острых социальных конфликтов, работу с выявленными трудностями межличностного взаимодействия; (8) повышение функционального статуса, снижение выраженности характерных симптомов; (9) достижение прогресса в специфических проблемных областях пациента; (10) многоуровневое планирование системы реабилитационных мероприятий и процедур по предупреждению рецидивов, проведение которых намечено на период после завершения стационарного лечения.

В настоящее время, по большей части в силу давления со стороны системы внебольничной поддержки, большинство программ рассчитаны на умеренную продолжительность пребывания в стационаре (от 2 до 6 недель), — в основном из-за системы медицинской помощи. Между тем клинические наблюдения и имеющиеся эмпирические данные (которые будут приведены ниже) свидетельствуют в пользу того, что эффективность (оцениваемая по снижению выраженности посттравматических и других психиатрических симптомов) краткосрочных или среднесрочных программ (протяженностью от 4 до 6 недель), по всей видимости, является более высокой, чем сверхкоротких (от нескольких дней до 2 недель) или долгосрочных (6 недель и более). Вместе с тем данные о реализации 12-недельной программы для австралийских ветеранов боевых действий во Вьетнаме (Creamer et al., 1997; Creamer et al, 1999), включавшей компоненты стационарного и амбулаторного лечения, также свидетельствуют о достигнутом в ходе лечения улучшении по основным симптомам ПТСР и другим психиатрическим симптомам. Согласно результатам исследований, среднесрочные программы Комитета По делам ветеранов продолжительностью 60 дней, в которых используют компенсаторные модели лечения, демонстрируют большую эффективность. " некоторых программах срок пребывания в стационаре увеличен до 6 меся-Нев, однако в большинстве случаев продолжительность лечения в клинике гораздо меньше. Сокращение длительности курса соответствует наметившейся ^в СЩд общей тенденции, направленной на изменение стандартов оказания Психиатрической помощи в условиях стационара (Mechanic et al., 1998).

Программы, рассчитанные на краткосрочное пребывание в стационаре обычно ориентированы на преодоление кризиса и предполагают работу с острыми состояниями или декомпенсацией при помощи кризисных интервенций, интенсивной терапии, специально подобранных фармакологических средств. Кроме того, в этих программах решаются вопросы планирования безопасности, оказания помощи в разрешении проблем, приобретения специальных знаний и навыков. При реализации долгосрочных программ стационарного лечения помещение пациента в клиническое отделение планируется заранее и, как правило, не связано с кризисом. Обычно поводом для назначения стационарного лечения является наличие у пациента симптоматики и дистресса достаточно высокого уровня тяжести, требующих интенсивного лечения и/или круглосуточного наблюдения. В долгосрочных программах стационарного лечения есть возможность реализации более сложных задач (например, развитие коммуникативных и поведенческих навыков в семейных, рабочих отношениях и иных социальных ситуациях; снижение выраженности или снятие психиатрических симптомов; работа с симптомами ПТСР через раскрытие и разрешение дисфункциональных или иррациональных убеждений и представлений, связанных с травмой, и т.д.).

Госпитализация для прохождения специализированных программ лечения противопоказана лицам, подозреваемым в симуляции, а также лицам, страдающим психозами и достаточно сильными расстройствами личности и/или нарушениями в интерперсональной сфере, делающими невозможной работу в терапевтической среде. Что касается пациентов, расстройство которых сопряжено с высоким риском для их жизни, однако не связано с суицидальными намерениями (например, алкогольная или наркотическая зависимость, расстройства приема пищи и пр.), то их участие в данных программах возможно только после стабилизации их состояния. Наконец, в каждом случае необходимо учитывать степень готовности пациента и его желание принять добровольное участие в процедуре лечения, в ходе которого будет проводиться работа с его травматическим опытом, реакциями на психическую травму, а также предполагается его активное участие в создании и сохранении атмосферы ненасилия, физической и эмоциональной безопасности.

Тем не менее пациенты с хроническим течением расстройства, нуждающиеся в повторном получении квалифицированной помощи, заболевание которых не соответствует критериям помещения в стационар, а также лица, для которых возможность получения такой помощи ограничена в связи с ужесточением этих критериев, испытывают потребность в стационарном лечении. Поэтому были разработаны программы неполного пребывания в стационаре, дневного стационара, реабилитации по месту жительства, а также программы интенсивного амбулаторного лечения с предоставлением целого спектра услуг и обеспечением условий безопасности. Данная тенденция,

по-видимому, более четко проявляется в системе оказания помощи ветеранам боевых действий (VA), где в настоящее время переходят от стационарных форм оказания помощи к амбулаторным формам интенсивного лечения и лечения по месту жительства (Gusman, 1999).

Результаты предварительных исследований эффективности лечения в условиях частичной госпитализации (см., напр.: Perconte, 1989; Perconte, Griger, 1991; Perconte et al., 1989) были аналогичны результатам исследований лечения в условиях полного стационара и показали достижение целей лечения при выписке и частичный рецидив 1 год спустя. Эти данные согласуются с данными Лонга и его коллег (Long et al, 1989), Рониса с соавт. (Ronis et al., 1996), а также Ванга с соавт. (Wang et al., 1996), чьи исследования подтверждают необходимость долгосрочного лечения хронического ПТСР. Для многих пациентов, перенесших пролонгированную психическую травму и страдающих хроническим ПТСР, требуется психиатрическая помощь и реабилитационные программы большой длительности; однако, как показали Ванг и его коллеги (Wang et al, 1996), некоторым пациентам интенсивное лечение необходимо лишь время от времени. У пациентов этой последней категории был выявлен циклический паттерн, состоящий из чередующихся периодов декомпенсации и рецидивов (во время которых оказание интенсивной помощи является наиболее необходимым) и периодов рекомпенсации и восстановления (когда пациенты в такой помощи не нуждаются). Таким образом, сочетание стационарного, интенсивного амбулаторного лечения и лечения по месту жительства дает возможность учета потребностей как наиболее тяжелых и нетрудоспособных пациентов с хроническим течением болезни (требующих постоянного внимания специалистов), так и тех пациентов, которые легче справляются со своей болезнью и нуждаются в квалифицированной помощи лишь эпизодически.

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММ И ТЕХНИК

На протяжении последнего десятилетия было опубликовано описание ряда программ индивидуального лечения ПТСР в условиях стационара (Allen et al., 1997; Bear, 1993; Bloom, 1994, 1997; Courtois et al., 1994; Forman, Havas, 1990; Johnson, 1997; Johnson et al., 1995; Johnson, Lubin, 1997; Kluff, 1991, 1996; Putnam et al., 1984; Sakheim et al., 1988; Seidel et al, 1994; Soft et al., 1996). Однако только в течение пяти последних лет был проделан систематический анализ этих программ и дана оценка входящих в их состав компонентов и техник. В настоящее время мы располагаем двумя такими работами. Наиболее подробный анализ программ стационарного лечения лиц, пострадавших от сексуального насилия в детском возрасте ($n = 22$, всего же в круг внимания

авторов попали 70 программ), опубликован издательством Некоммерческого фонда по оказанию помощи жертвам сексуального насилия (Safer Society Press; Bear, 1993). Отчет был составлен по результатам опроса руководителей этих программ, которые согласились сотрудничать и заполнили подробный опросник (таким образом, данную выборку нельзя считать репрезентативной). По-видимому, данные этого обзора уже устарели, поскольку многие из рассмотренных программ были свернуты по экономическим соображениям. Тем не менее в этой публикации содержится много полезных описаний элементов программ, которые характеризуют модель лечения и вполне могут использоваться в ныне действующих программах.

В системе VA в 1991 г. была предпринята всесторонняя оценка структуры, содержания, социального климата в специализированной программе лечения ПТСР по месту жительства (n = 19) и сопоставление этих параметров с условиями лечения в общем психиатрическом отделении (n = 18) (Johnson et al, 1997). Содержание и структура программ определялась их руководителем, в то время как социальный климат оценивали пациенты-ветераны с диагнозом ПТСР. Джонсон и его коллеги (Johnson et al., 1996), а также Розенheck с соавт. (Rosenheck et al., 1997) представили отчет о 20-летнем опыте оказания помощи в стационаре для пациентов с диагнозом ПТСР, возникшим в связи с участием в боевых действиях.

В обоих исследованиях рассматривались относительная новизна и уникальность специализированной программы лечения, а также ее отличия от программ общих психиатрических отделений. Большинство специализированных программ являлось самостоятельными лечебными мероприятиями, хотя некоторые были специализированной частью общих лечебных мероприятий. Результаты вышеупомянутых исследований привлекаются нами для того, чтобы дать описание компонентов и техник, которые наиболее часто включаются в программы стационарного лечения ПТСР. Вообще говоря, для реализации многокомпонентной модели лечения требуются согласованные усилия команды профессионалов разного профиля (психиатров, медсестер, обслуживающего персонала, психологов, консультантов, социальных работников, специалистов по трудовой и восстановительной терапии, арт-терапевтов). Как отмечалось ранее, в этой модели использован травма-ориентированный подход как методическая основа для создания концепции терапевтического окружения, что отличает данную модель от более общих подходов психиатрического лечения. Эта модель применяется прежде всего для оказания «социальной помощи в лечении социальных ран» (Bloom, 1997) и основана на признании решающей роли терапевтического сообщества людей со сходным опытом в процессе преодоления последствий опыта виктимизации и психической травмы, полученных в контексте межличностного взаимодействия. Терапевтическое сообщество дает возможность пациентам

находиться рядом с другими людьми, имеющими схожий опыт переживания психической травмы и ее последствий, в рамках поддерживающей, стабилизирующей и корректирующей ситуации. Терапевтическая среда также образует контекст, в котором приобретаются новые навыки совладания и общения и прорабатываются проблемы в межличностной сфере, так часто являющиеся последствиями психической травмы, полученной в общении с частными лицами или представителями общественных институтов.

С помощью специализированных программ делается попытка организовать интенсивную терапевтическую среду таким образом, чтобы всем, кто добровольно согласился участвовать в программе, была обеспечена физическая и эмоциональная безопасность. Существуют четкие критерии отбора участников (и противопоказаний участия), а также поведения, которое считается нормативным при реализации данной программы. Не допускается выражение насилия и агрессии, направленных на себя или на других (включая работников клиники), прием участников происходит только после получения от них согласия вести себя без проявлений агрессии и насилия. Однако следует помнить, что атаки на параметры рабочих отношений и проверка их на прочность представляют собой достаточно распространенное явление среди индивидов, получивших психическую травму. Агрессия по отношению к себе или другим людям подчас является одним из следствий опыта психической травмы-тизации и, как это ни парадоксально, служит интересам безопасности и снижения тревоги индивида. В терапевтических условиях персонал должен уметь отвечать на попытки нарушения атмосферы безопасности быстро, уверенно и решительно для того, чтобы предотвратить угрозу общей безопасности и сотрудничеству пациентов и команды специалистов (Bills, Bloom, 1998).

От пациентов ожидается принятие личной ответственности за свое поведение и намерение использовать в своем поведении более адаптивные навыки совладания (обучение этим навыкам составляет неотъемлемую часть лечения, как будет сказано дальше) в ситуациях, когда они испытывают побуждения к насильственным, импульсивным и/или самодеструктивным действиям. В программах подобного рода (внутри терапевтического окружения) придается большое значение социальной безопасности и предпринимаются активные шаги по ее поддержанию. Пациенты приобретают знания о дисфункциональном межличностном взаимодействии, которое сопряжено с травматизацией (например, об общих затруднениях и проблемах в общении; о ролях жертвы, преследователя, спасителя, свидетеля; динамике повторного проживания психотравмирующих ситуаций), а также осваивают новые способы взаимодействия с другими людьми, благодаря которым они обретают большую Уверенность, функциональность и свободу.

Итак, основная структура программы такова: создаваемая среда является прогнозируемой, безопасной, гибкой, неавторитарной, ее ядро составляет

сообщество. Она предполагает уважительное отношение к пациентам, открытое общение пациентов между собой и с персоналом, поощряет коллективную и индивидуальную ответственность, сотрудничество в лечебном процессе. В некоторых программах (в ветеранских особенно) медперсонал комплектуется из числа тех, кто в свое время сам прошел через войну, перенес травму и успешно преодолел ее последствия. Данное обстоятельство дополнительно способствует установлению доверительных отношений с пациентами и укрепляет их веру в собственное выздоровление. Напротив, при реализации программ для взрослых пациентов, перенесших насилие, сотрудники клиники стараются не делиться с пациентами своим личным травматическим опытом столь открыто.

Критерии отбора участников в некоторых программах в большей степени ориентированы не на конкретные диагностические показатели, а на оценки способности кандидатов функционировать в рамках терапевтического сообщества, не ставя по угрозу общую безопасность. Условиями участия пациентов в большинстве программ являются, во-первых, принцип добровольности, поскольку важно согласие пациента с режимом лечения. Иногда в отделениях, в которых реализуются данные программы, устанавливается свободный режим: вход и выход участников неограничен, — однако чаще это не так, и пребывание пациентов в отделении строго регламентировано. Во-вторых, для участия пациента важен его диагноз или постановка диагноза ПТСР (помимо коморбидных психических нарушений и других диагнозов). Наиболее частыми коморбидными диагнозами по Оси I являются общая депрессия, тревожные расстройства, алкогольная/наркотическая зависимость, расстройства питания, соматизированные и диссоциативные расстройства, атипичные психозы, перемежающееся эксплозивное расстройство. Многим пациентам были поставлены диагнозы расстройств Оси II (пограничного, навязчивого, избегающего, зависимого, паранойяльного, пораженческого, антисоциального, смешанного типов), что согласуется с данными о существовании связи между травмой и личностными расстройствами (Ellason et al., 1996; Herman et al., 1989; Perry et al., 1990; Sabo, 1997). Расстройства Оси III также очень часто встречались у пациентов, перенесших травматизацию, поскольку эпизоды физического и сексуального насилия, а также другие формы травматического опыта всегда приводят к серьезному ущербу для здоровья (Davidson et al., 1995). Лечение может быть рекомендовано также в тех случаях, когда индивид постоянно подвергается значимому устойчивому воздействию психосоциальных стрессовых факторов (таких, как бездомность, безработица, продолжающееся насилие, возобновившиеся эпизоды преследования и т.д.).

Очевидно, что ветеранские программы открыты для всех ветеранов, имеющих этот статус, однако, как отмечают Джонсон с соавт. (Johnson et al. 1997), критерии отбора в специализированные отделения более строги

по сравнению с общими отделениями. При этом осуществляются скрининг пациентов перед поступлением, контроль при поступлении, формирование особых групп пациентов, для которых рассчитывается конкретное время пребывания в стационаре, составление списка ожидания. Бир (Bear, 1993) отмечает, что среди различных рассмотренных в ее обзоре программ гораздо более низкую согласованность и сильную вариативность процедур отбора имеют программы, ориентированные на лечение взрослых жертв насилия. Как правило, данные программы реализуются в частных клиниках, что делает участие в них остро нуждающихся пациентов, у которых нет специально оформленной страховки, весьма затруднительным или даже невозможным. Не так давно были предприняты попытки (отчасти успешные) внедрить программы посттравматического лечения в практику общих отделений государственных клиник, в которых осуществляется лечение пациентов, принадлежащих к разным социальным слоям (Bills, Bloom, 1998), но этот подход требует постоянного и последовательного руководства, что оказывается затруднительным в условиях недостаточного финансирования медицинских учреждений. (Однако в настоящее время в штатах Нью-Йорк и Мэн планируется и реализуется работа по интеграции травма-ориентированных программ в систему государственного здравоохранения, включая стационарные отделения.)

Травма-ориентированный подход, развиваемый в специализированных программах, начинает реализовываться с самого момента оценки пациента при его поступлении, когда к нему в первую очередь обращаются с вопросом «Что с вами произошло?», а не «На что вы жалуетесь?» (Bloom, 1994). Однако такой подход не означает отказа от тщательной многосторонней диагностики пациентов. Нарушения здоровья лиц, страдающих от последствий хронической психической травматизации, проявляются на самых разных уровнях. Те или иные явные симптомы и расстройства могут имитировать или маскировать другие (например, симптомы ПТСР перекрываются симптомами других психических и соматических диагнозов), что затрудняет проведение дифференциальной диагностики и приводит к ошибкам при постановке диагноза. При проведении диагностики в специализированных программах применяется метод беседы и используются объективные психометрические инструменты, направленные на оценку травматических симптомов и изучение травматического опыта пациентов (в отличие от методов, применяемых в общих отделениях), что облегчает дифференциальную диагностику. Вместе с тем методы, применяемые в специализированных программах, предоставляют больше возможностей для проверки связи между первичным диагнозом и психической травмой в случаях сложной коморбидности, истерии или симуляции.

Лечение, предоставляемое по специальным программам, основано на концепции, объединяющей несколько теоретических подходов, и является

мультимодальным. При этом не отдается приоритета какой-либо теоретической концепции психотерапии, хотя психодинамический и когнитивно-бихевиоральный подходы представлены в большинстве программ, если не во всех. В долгосрочных программах лечения применяются терапевтические методы и стратегии, основанные на следующих моделях: инсайт/исследование внутреннего мира, посттравматического стресса, когнитивно-бихевиоральная модель (в том числе стратегии управления тревогой), психодинамическая модель, а также модель психосоциального научения. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия включает систематическое информирование пациента о природе психической травмы и типичных реакциях на нее. Специальные методы направлены на распознавание чувств, на эмоциональное выражение и дебрифинг, управление тревогой, когнитивное реструктурирование; они включают технику интенсивного предъявления образов, а также раскрытие и переработку связанных с травмой переживаний и десенсибилизацию, тренинг умений, изменение поведения, предотвращение рецидивов. (В некоторых программах применяются также недавно разработанные техники, — такие, как ДПДГ, десенсибилизация и переработка движениями глаз.) Гипноз и техника управляемой образности могут быть использованы в некоторых программах с целью укрепления Эго и снятия внутреннего напряжения, но не могут быть рекомендованы для воспроизведения воспоминаний или отреагирования. Основным компонентом стационарного лечения пациентов, страдающих от последствий психической травматизации, является вскрывающая терапия. Она предоставляет им безопасный способ выражения невербальных, эмоционально окрашенных компонентов опыта теми средствами, которые они могут использовать и самостоятельно после выписки. В связи с тем, что люди, пережившие травматический опыт, как известно, сталкиваются с трудностями в вербализации своих переживаний, в условиях стационарного лечения применяются разнообразные виды терапии через самовыражение/творчество, в том числе через такие элементы психодрамы, как рисунок, поэзия/проза, видео, движения/танец. В некоторых программах предусмотрены выезды на природу и другие мероприятия вне стационара, предоставляющие пациентам возможность для отработки осваиваемых навыков. К сожалению, такие мероприятия выходят за рамки плановой врачебной помощи и в настоящее время практически не используются. При оптимальной схеме реализации лечебного процесса в условиях стационара начало лечения совпадает с моментом поступления, при этом пациент активно сотрудничает с персоналом. И ветеранские программы, и программы лечения лиц, пострадавших от насилия, делают упор на интенсивной терапевтической среде, которая поощряет индивидуальную ответственность и активное участие пациента в работе. Многие программы тщательно структурированы и включают, помимо предварительной мультидисциплинарной

психологической диагностики, индивидуальную терапию (сессии проводятся ежедневно или несколько раз в неделю); несколько групповых встреч в течение дня (в том числе общие собрания отделения, дидактические группы и группы овладения определенными навыками, групповые сеансы терапии через самовыражение и трудовой/восстановительной терапии); психофармакологию; планирование лечебных мероприятий, работу со службами оказания социальной поддержки; программу двенадцати шагов (если это необходимо); встречи и терапевтические сеансы с супругами и другими членами семьи. Более того, в соответствии со многими программами прилагаются активные усилия по более тесной координации терапевтических целей стационарного лечения с последующим амбулаторным для смягчения перехода от одних условий к другим и возвращения индивида к его привычной жизнедеятельности. Поскольку рассматриваемый контингент является весьма сложным и требовательным, справиться с острыми эпизодами в амбулаторных условиях иногда весьма непросто. Помещение пациента в клинику дает возможность терапевтам, осуществляющим амбулаторное лечение, войти в курс дела (запросить информацию о пациенте, проконсультироваться и пр.); в амбулаторных условиях такой возможности обычно не предоставляется. Планирование мероприятий, которые будут проводиться после выписки пациента, начинается сразу с момента его поступления в стационар, что лишним раз напоминает ему о том, что срок его пребывания в стационаре относительно невелик и необходимо, не теряя времени, включаться в работу, так как вскоре придется вернуться к нестационарным (по месту жительства или амбулаторным) формам лечения.

Подводя итог сказанному, отметим, что в ряду разных методов оказания помощи, принятых в системе здравоохранения, стационарное лечение является жизненно важным (зачастую в прямом смысле спасающим пациентам жизнь) элементом. Особенно это справедливо для случаев, когда стационарное лечение выступает в качестве ограниченного по своей протяженности этапа общего лечения (при этом большая часть последнего осуществляется амбулаторно). Хронический характер и соответствующая сложность тех состояний, с которыми приходится иметь дело при оказании помощи в стационаре, приводит к тому, что многие программы лечения стали более развернутыми и сложными. Кроме того, хотя основной задачей многих программ является возврат пациента к полноценной жизни, все же в некоторых из них учитывается, что потребность пациентов в помощи может периодически возникать в течение всей их жизни, и поэтому предусматривается возможность оказания им основной лечебной помощи по месту жительства или амбулаторно. В таблице 10.1 представлено описание компонентов, по которым специализированные программы стационарного лечения ПТСР отличается от программ общих психиатрических отделений.

Таблица 10.1. Некоторые различия между специализированными программами стационарного лечения ПТСР и лечением в общих психиатрических отделениях

Показания	Предлагаемое лечение	Конечная цель
Кризисное состояние/действие сильных стрессогенных факторов Причинение вреда себе и другим Декомпенсация Нарушение социального функционирования Психиатрические показания и диагнозы	Общие психиатрические отделения Многосторонняя диагностика Психологическое тестирование (в случае необходимости) Дополнительная диагностика (в случае необходимости) Выхаживание Психофармакологическое лечение Социальная работа и ведение больного Групповое лечение Индивидуальная терапия Основы когнитивно-бихевиоральной терапии Экспрессивная терапия Трудовая/рекреационная терапия Занятия/консультирование по вопросам супружеских/семейных отношений Сотрудничество со службами, патронирующими амбулаторное лечение Специализированные программы	Выведение из острых кризисных состояний, стабилизация Уменьшение воздействия стрессогенных факторов Индивидуальная и социальная безопасность Снижение выраженности симптомов Улучшение функционирования Подготовка к последующему амбулаторному лечению
Кризисное состояние/действие сильных стрессогенных факторов Причинение вреда себе и другим Декомпенсация Нарушение социального функционирования Более дробные основания принятия пациента: - посттравматическая симптоматика или диагноз ПТСР - желание выполнять условие соблюдения безопасности в клинике - желание участвовать в работе группы и лечебном процессе - желание делиться пережитым опытом с другими	Многосторонняя диагностика Психологическое тестирование (в случае необходимости) Дополнительная диагностика (в случае необходимости) Специальная «философия» для всех применяемых техник, персонал, состоящий из специалистов в области ПТСР Учет специфики расстройства: к - Первый вопрос: «Что с Вами произошло?» Вы жалуетесь?» или - «Социальное исцеление от социального ранения» - понимание пациентам сути посттравматической симптоматики - индивидуальная и общая безопасность - личностный рост Выхаживание Психофармакологическое лечение Социальная работа и ведение больного	Индивидуальная и социальная безопасность Выведение из острых кризисных состояний, стабилизация Привлечение к планированию процесса лечения Активное взаимодействие в рамках терапевтической группы Уменьшение воздействия стрессогенных факторов Улучшение по симптомам ПТСР Улучшение по прочей симптоматике Улучшение функционирования Занятия, посвященные травме, реагированию человека на травматические события, лечение навыкам управления

- желание дождаться момента, когда будет сформирована когортная группа или создано общество	средой	своими симптомами
строгие внешние ограничения пребывания в госпитале	Групповое лечение Индивидуальное лечение (множество программ) Специализированные и общие техники на бихевиоральной терапии Направленная экспрессивная терапия Трудовая/рекреационная терапия Занятия/консультирование по вопросам супружеских/семейных отношений, патронирующими амбулаторное лечение Специализированные техники согласно выбранной программе	Личностное усиление Коллективная ответственность Работа с окружением и установление связей с другими людьми Когнитивная перестройка Градуированное принятие травматического опыта/материала (если такое решение оправдано) Тщательное планирование последуют ^{1*} лечебных мероприятий и предотвращение рецидивов

Мы располагаем ограниченным числом законченных исследований, посвященных программам стационарного лечения (другие проводимые в настоящее время исследования еще не завершены), и в следующей главе рассмотрим эти работы.

МЕТОД СБОРА ДАННЫХ

Материал для обзора эмпирических данных собирался следующим образом. Во-первых, был осуществлен поиск литературы по базам данных PILOT, MEDLINE, PsycINFO; при этом отбирались исследования, опубликованные на протяжении весны 1999 г. Во-вторых, был направлен запрос руководителям программ лечения ПТСР в стационаре. Многие найденные в ходе поиска данные отличались чисто описательным характером; в следующем разделе приводятся результаты некоторых из них (в основном проведенных в отделениях для лечения ветеранов).

ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ

Почти во всех исследованиях, рассмотренных в данном обзоре, предпринималась попытка оценить и сопоставить эффективность программы лечения в целом и эффективность отдельных ее компонентов. Основной проблемой оценки терапевтического эффекта лечения в условиях стационара является определение и сопоставление эффективности конкретной техники с другими техниками и влиянием терапевтического окружения как такового. Лечение в стационаре представляет собой не самостоятельный метод с заданными параметрами, а скорее, условия, в которых интегрируются и реализуются различные специфичные и неспецифичные техники. В своих исследованиях параметров лечебной среды Мус (Moos, 1974) показал, что согласованность общего методического подхода при формировании лечебной программы является основой поддержания стабильности лечебной среды. Следовательно, методический подход, заложенный в программу лечения ПТСР, может оказывать значительное (и с трудом поддающееся оценке) влияние на исход лечения. Кроме того, трудности при изучении общей эффективности программы сопряжены с разными условиями поступления пациентов в стационар (например, Плановая или экстренная кризисная госпитализация). Это также нередко дает ³Эффект, который сложно измерить (сюда относятся такие кризисы, как смерть ^{Ил} и тяжелые повреждения, которые были предупреждены или предотвращены ^с помощью госпитализации). Несмотря на различного рода препятствия, ^которые затрудняли проведение процедур по оценке эффективности программ

в целом и отдельных программных компонентов, в ряде случаев такое изучение было проведено. Рассмотренные данные сгруппированы нами по критерию принадлежности к тому или иному типу программ. Основными являются программы для ветеранов боевых действий и программы для лиц, пострадавших от насилия в детском возрасте.

Эмпирические данные

Уровень А

Контролируемые рандомизированные исследования, посвященные изучению эффективности стационарного лечения ветеранов и жертв насилия, отсутствуют.

Уровни В и С

Ниже приведены данные хорошо спланированных клинических исследований пациентов с ПТСР, в которых, однако, отсутствуют процедуры рандомизации или группы плацебо (уровень В), а также данные служебных и естествоиспытательских исследований с элементами клинического наблюдения, достаточно убедительные для признания обоснованности применения той или иной техники лечения или ее рекомендации (уровень С).

1. *Ветераны.* Было проанализировано тринадцать исследований, шесть из которых соответствуют уровню В и семь — уровню С (см. таблицу 10.2). В данных исследованиях приняли участие пациенты с ПСТР, проходившие лечение в специализированных или общих психиатрических отделениях. Только в трех исследованиях были оценки группы сравнения. Для эффективности лечения в большинстве работ при поступлении и при выписке пациентов проводилось измерение — с использованием рейтингов или самоотчетов — симптомов (ПТСР и других психических расстройств) и уровня социального функционирования. В некоторых исследованиях диагностика состояния проводилась при обследовании пациентов спустя несколько месяцев (от 3 до 24) после выписки из стационара. Можно видеть, что постепенно уровень исследований повышается. В ранних исследованиях тестирование проводилось только до начала и сразу после завершения лечения, и никогда — по прошествии какого-то срока с момента выписки. При этом применялись исключительно стандартные психометрические инструменты, а в качестве объекта изучения выступали небольшие выборки госпитализированных пациентов одного-единственного лечебного отделения. Несмотря на то, что и позже не-

которые исследователи продолжали работать с небольшими выборками, появились работы, в которых к участию в исследовании привлекалось большое количество испытуемых-пациентов, и что важно — из разных клиник. С помощью ряда различных общих и травма-специфичных психометрических инструментов фиксировался целый ряд показателей (психиатрические, социальные показатели, объектные отношения, субъективная удовлетворенность лечением). Измерение производилось при поступлении, выписке, а также на различных этапах отставленного наблюдения.

2. *Жертвы насилия.* Обнаружено пять исследований (уровня С), опубликованы результаты двух. Поскольку в четырех из них приводятся некоторые данные и их анализ, они были включены в таблицу 10.2.

Анализ публикаций показал, что данные некоторых исследований подтверждают эффективность специализированных лечебных программ, требующих умеренной продолжительности пребывания пациента в стационаре (от 2 до 12 недель) и традиционных лечебных мероприятий в психиатрических отделениях общего профиля по сравнению с долгосрочными программами, ориентированными на пациентов, перенесших психическую травму. Такие выводы базируются на изменении объективных показателей по симптоматике (особенно отчетливо это проявляется при отсроченном тестировании), а также на самоотчетах пациентов (в том числе на субъективной оценке степени удовлетворенности проведенным лечением). Эти результаты могут быть, однако, поставлены под сомнение, поскольку работа в краткосрочных программах лечения ПТСР и общих психиатрических отделениях рассчитана на кризисную госпитализацию (с соответствующим более высоким изначальным уровнем симптоматики), в то время как долгосрочные программы предполагают плановое поступление (что соответствует менее высокому уровню симптоматики). Средняя тяжесть симптомов ПТСР при кризисной госпитализации была выше и, следовательно, имела более выраженный позитивный сдвиг, когда кризис был разрешен.

Показано, что лечение, нацеленное на решение актуальных вопросов повседневной жизни пациента (наряду с основными лечебными задачами, связанными с травматическим опытом и его последствиями), более предпочтительно и эффективно (при ориентации на долгосрочную перспективу), нежели то лечение, в котором все внимание уделяется только травматическому опыту. Во многих исследованиях отсроченная диагностика установила возвращение выраженности симптомов ПТСР до исходного уровня, зафиксированного при поступлении в стационар. Однако в других работах показано, что улучшение по посттравматическим показателям, а также по проработанным в ходе терапевтического процесса значимым для пациента темам (касающимся повседневной жизни, вопросов нравственности, межличностных

Таблица 10.2. Опубликованные результаты эмпирических исследований, выполненных по программам стационарного лечения

Исследование и рейтинг	Участники и длительность исследования	Вид программы	Цель исследования	Контроль и наблюдение	и Результаты лечения и его эффективность
Creamer, Morris, Biddle, Elliot (1999), B	Австралийские ветераны боевых действий во Вьетнаме, n=419	Долгосрочная специализированная	Изучение результатов лечения ПТСР, связанного с участием в боевых действиях, ветеранов, прошедших 12-недельный курс на базе госпиталя	Контроль отсутствует, наблюдение с через 3 и 9 мес. в у 12-недельный курс на базе госпиталя	Значительное улучшение по существенным симптомам ПТСР, тревожности, депрессии, алкогольной зависимости, социальным дисфункциям, гневу. Полученный в результате лечения эффект варьировал, по окончании лечения осталась значительная часть патологической симптоматики
Mellman (1998), C	Ветераны боевых действий, n=26	Долгосрочная специализированная	Изучение пользы долгосрочного лечения в условиях стационара	Контроль отсутствует, наблюдение через 4 и 6 мес.	Значительное улучшение в межличностном взаимодействии с членами семьи и с ближайшим окружением; после выписки при продолжении лечения вне стационара допускается применение методов семейной терапии с привлечением членов семей пациента
Fontana, Rosenheck (1997), B	Ветераны боевых действий во Вьетнаме, n=785	Три вида программ: краткосрочная, долгосрочная, неспециализированная	Изучение эффективности и стоимости трех разновидностей лечения в условиях стационара	Контроль отсутствует; сопоставление. Наблюдение на протяжении 1 года интервалами в 4 мес.	Ветераны, прошедшие курс лечения в краткосрочных специализированных (ПТСР) и общих отделениях, согласно данным диагностики, спустя некоторое время после выписки из стационара с чувствовали значительное улучшение. В наибольшей степени ветераны были удовлетворены краткосрочными специализированными программами. По соотнесению стоимости, эффективности и удовлетворенности краткосрочные специализированные программы представляют собой

оптимальный вариант для реализации программ стационарного лечения

Ford, Fisher, Larson (1997), С	Ветераны боевых действий, п=74	Долгосрочная	Изучение объектных отношений предиктора результата лечения стационаре	роли Контроль отсутствует, как наблюдение отсутствует в	Недостаточные основания для признания надежности или клинической значимости изменений при отставленном наблюдении, хотя было отмечено снижение обращений за стационарной помощью и в службы по месту жительства. Подтверждается гипотеза о влиянии объектных отношений в процессе лечения на его результаты
Johnson et al. (1997), С	Ветераны боевых действий во Вьетнаме, п=51	Долгосрочная	Анализ результатов интенсивной программы лечения связанного с участием боевых действиях, условиях стационара	Контроль отсутствует, наблюдение через 6,12,18 ПТСР, мес. с в в	Усиление симптоматики и уменьшение числа насильственных действий, помыслов и проблем с законом за период с момента поступления до отставленного наблюдения. Улучшение в семейных межличностных отношениях на момент выписки, однако через 18 мес. - возврат к тому уровню, который был зафиксирован до начала лечения. Исследование ставит под вопрос эффективность интенсивного долгосрочного лечения в условиях стационара и наталкивает на мысль о необходимости поиска других форм лечения

Ragsdale, Cox, Finn, FJsler (1996), В	Ветераны боевых действий во Вьетнаме, n=24	Краткосрочная	Изучение результатов лечения в рамках краткосрочной программы интенсивного лечения стационаре сравнении недельным амбулаторным курсом групповой терапии	Контрольная группа с предъявлением перечня ожиданий (ветераны, в проходящие в амбулаторное с лечение по курсу групповой терапии). Наблюдение отсутствует	Значительные улучшения в отношении безнадежности, стыда, вины, одиночества, эмоциональной экспрессивности. По другим показателям значимых изменений не обнаружено. Позитивные сдвиги также отсутствуют в группе сравнения, работавшей с перечнем листа ожидания. После лечения величина эффекта d составила 55 (29, -0.81); $r=0.26$
Hammarberg, Silver (1994), В	Ветераны, n=39	Долгосрочная	Прослеживание пациентов момента поступления до выписки (90 дней) и сопоставление с двумя контрольными группами: (1) ветераны ПТСР, проходившие лечения, и (2) лица без ПТСР, не проходившие лечения(наблюдение длилось более 12 недель)	Две контрольные группы. прошедшие до окончания не лечения 1 года после окончания не лечения	Результаты Пенновского Опросника для ПТСР показали, что у 48% лиц, прошедших курс лечения, наблюдалось улучшение (в различной степени), у 39% такого улучшения зафиксировано не было, а еще у 13% произошло ухудшение симптоматики после выписки. Через год было отмечено возвращение к показателям, зарегистрированным до начала лечения. После лечения величина эффекта d составила 16 (-0.16,-0.49); $r=0.01$

<p>Munley, Bains, Frazee, Schwartz (1994), В п(1)=14, п(2)=35</p>	<p>Ветераны боевых действий во Вьетнаме,</p>	<p>Краткосрочная</p>	<p>Изучение возможности существования фиксируемых до начала лечения различий между пациентами, которые завершили (1 а) и не завершили (16) специализированн ми оценками (п ой программы = 35). Изучение изменений по Миллонскому Клиническому Многомерному Опроснику у лиц, прошедших специализированн ую программу</p>	<p>Случайная выборка лиц, завершивших и не завершивших лечение пациентов значимых различий не удалось установить ни по одному из признаков прошедших курс лечения (п = 14), с высокими и низкими терапевтически оценками (п ой программы = 35). Наблюдение а отсутствует также между первыми и вторыми, оцененными своими терапевтами как самый высокий (2а) или самый низкий (26) рейтинг по общей реакции на лечение Пациенты, прошедшие курс лечения, продемонстрировали снижение по 12 шкалам из 20 и, соответственно, увеличение по 8. Соотносящиеся с ПТСР симптомы тревоги и дистимии значимо снизились. По шизоидным, избегающим, пассивно-агрессивным стилям (character styles) также показано значительное снижение</p>
<p>Funari, Piekarski, Sherwood (1991), С</p>	<p>Ветераны боевых действий,</p>	<p>Долгосрочная</p>	<p>Изучение изменений по Миллонскому Клиническому Многомерному Опроснику у лиц, прошедших специализированн ую программу</p>	<p>Пациенты, прошедшие курс лечения, продемонстрировали снижение по 12 шкалам из 20 и, соответственно, увеличение по 8. Соотносящиеся с ПТСР симптомы тревоги и дистимии значимо снизились. По шизоидным, избегающим, пассивно-агрессивным стилям (character styles) также показано значительное снижение</p>

лечения
стационаре

в

симптоматики

Таблица 10.2. (окончание)

Исследование и рейтинг	Участники исследования	Вид программы и длительность	Цель исследования	Контроль	Результаты и величина полученного эффекта
Boudewyns, Huys, Woods, Harrison, McCrae (1990), C	Ветераны боевых действий, n=58	Долгосрочная	Изучение всех видов зафиксированных до начала лечения различий критерия успешных результатов, полученных по окончании лечения в специализированных отделениях. Проверка гипотезы о том, что у прошедших курс директивной экспозиционной терапии (ДЭТ) наблюдаются лучшие результаты лечения по сравнению с теми, кому было назначено стандартное лечение (СЛ)	Контроль отсутствует. Наблюдение через 3 мес.: ДТВ по сравнению с СЛ (случайное и оценивание)	По всем зарегистрированным до начала лечения переменным значимые различия между группами отсутствуют. В ходе последующего наблюдения значительное число лиц, прошедших ДТВ, были идентифицированы как «успешные» в отличие от тех, кому было назначено СЛ. После лечения величина эффекта d составила 0.03 (-0.30, -0.36); $\gamma=0.01$ При отставленном наблюдении величина эффекта d составила 0.54 (-0.21, -1.30); $\gamma=0.27$.

Scurfield, Kenderdi, Pollard (1990), C	Ветераны, воевавшие в горячих точках, n=86	Долгосрочная	Выявление базовых клинических данных применительно к специализированным программам стационарного лечения в сравнении с наблюдением после выписки	Контроль отсутствует, наблюдение от 4 до 16 месяцев после выписки	Обнаружены значимые различия по одному перечню симптомов, позитивная тенденция в сторону редукции симптоматики - по другому. Позитивные сдвиги по самооценке, межличностным взаимоотношениям, онемению и эмоциональному возбуждению. По связанной с ПТСР симптоматике вторжения зафиксировано четкое, но небольшое по величине улучшение
Starkey, Ashlock (1984, 1986), C	Ветераны боевых действий, n=5	Краткосрочная Долгосрочная	Выявление изменений времени уединения (изоляция/ограничения (подавления), также количестве (эпизодов в мес.) преднамеренного причинения себе вреда, агрессии, несчастных случаев после осуществления модели общих и безопасных интервенций Sanctuary	Контроль во отсутствие отсутствует, а наблюдение в отсутствие	Снижение по показателям PVSI. Слишком высокие значения по шкалам валидности MMPI. Снижение по шкалам враждебности и фобических реакций у лиц, прошедших курс лечения. В группе заметно снижались показатели уединения (изоляции)/ограничения (подавления), а также насилия. Рецидивы возникали в те моменты, когда руководитель/его заместитель отлучались на какое-то время

Ross (1997), C	Взрослые с диагнозом ПТСР, получившие травму в детском возрасте, n=134	с Долгосрочна я	Изучение показателей MMPI и PVTI (Индекс Поствьетнамского Стресса), полученных при тестировании до и после лечения	Контроль по отсутствию, наблюдение через 3 мес. и 1 год	Данные свидетельствуют в пользу эффективности программы стационарного лечения в отношении редукации ПТСР и сопутствующей симптоматики. Личностных типов, влияющих на достижение положительного эффекта в ходе лечения, обнаружено не было
Wright, Woo (1997), C	Взрослые с диагнозом ПТСР, получившие травму в детском возрасте, n=134	с Долгосрочна я	ли различия в личностных кластерах DSM-IV, измеренные по MMPI-II, на результат 6-недельного специализированного курса для пациентов, пострадавших от травмы в детском возрасте	Контроль отсутствует, наблюдение через 3 мес. и 1 год	После выписки частота встречаемости и интенсивность симптомов не достигала пороговых значений, необходимых для постановки клинического диагноза ПТСР или для соблюдения критериев В, С, D. Показатели частоты встречаемости и интенсивности всех симптомов значительно снизились, хотя в ходе последующего наблюдения были зафиксированы ухудшения в достигнутых результатах
Blason, Ross (1997), C	Взрослые с диссоциативным расстройством идентичности (расстройство множественной личности), n=54	с Не известно	Изучение результатов лечения лиц, прошедших 6-недельный специализированный курс для пациентов, пострадавших от травмы в детском возрасте	Контроль отсутствует, наблюдение через 2 года	Пациенты показали ощутимое улучшение по симптомам первого ранга по К. Шнайдеру, тревожным расстройствам и расстройствам настроения, диссоциативным симптомам, соматизации, наряду со значимым уменьшением числа принимаемых медикаментозных средств. В случае пациентов с диссоциативным расстройством идентичности лечение дает хорошие

Изучение
результатов
лечения
пациентов с
диссоциативным
расстройством
идентичности,
прошедших
лечение в
условиях
стационара по
специализированн
ой программе
лечения ПТСР

результаты

отношений и т.д.) сохранялось на протяжении всего периода наблюдения Форд с соавт. (Ford et al., 1997) показали, что объектные отношения представляют собой важный предиктор исхода лечения. В связи с этим авторы пишут о необходимости использования в клиниках и реабилитационных центрах специальной системы процедур, направленных на скрининг и отбор пациентов. Кроме того, они предлагают операционализировать результат лечения выходя за рамки редукции симптомов, и приходят к выводу, что «устранению последствий хронической посттравматической симптоматики и связанных с ней нарушений психосоциального функционирования могут способствовать диагностика, планирование и индивидуальный подбор лечения, основанные на многомерных психологических показателях» (Ford et al., 1997 p. 547). Авторы согласны с Джонсоном и его коллегами (Johnson et al., 1996) в том, что долгосрочное стационарное лечение ПТСР не может рассматриваться как единственный подход к реабилитации после хронического ПТСР, так как для многих пациентов более продуктивным оказывается непрерывное амбулаторное лечение, оказание помощи по месту жительства, помощь в сообществе, направленная на реинтеграцию в структуру общественных связей (наподобие «второго поколения» и концептуальной модели вторичной травмы), а также конкретные интервенции (см. приведенный в работе Роджерса (Rogers, 1998) критический анализ данной модели, а также дополнительные замечания относительно стратегий лечения и исследования). Следуя этой логике рассуждений, помещение пациента в стационар предусматривается в случаях серьезных ремиссий, кризисов, для проведения интенсивной диагностики и/или лечебных мероприятий с использованием интервенций, соответствующих потребностям пациента на момент его поступления в стационар. Данные исследования 12-недельной программы лечения австралийских ветеранов войны во Вьетнаме, сочетавшей стационарный и амбулаторный виды лечения (Creamer, Morris, 1997; Creamer et al., 1999), также подкрепляют вывод о том, что краткосрочное пребывание в стационаре, дополненное прохождением дальнейшего лечения в амбулаторных условиях, является наиболее эффективным вариантом по сравнению с традиционными долгосрочными программами. Вместе с этим достигнутые в ходе лечения результаты сильно варьировали, и по завершении терапевтической программы все еще сохранялась значительная часть патологической симптоматики.

Отмечается недостаток эмпирических исследований в области лечения лиц, переживших в детстве психическую травму, — в отличие от лечения ветеранов боевых действий, — и поэтому сделать окончательные выводы в этом случае не представляется возможным. Работа Эллсона и Росса (Ellason, Ross, 1997) по лечению пациентов с диагнозом расстройства диссоциированной идентичности показала позитивный результат (значительное улучшение по симптомам первого ранга К. Шнайдера, симптомам тревожны*

й афФ^{ЕКТИВНЫХ} расстройств, диссоциативным симптомам и соматизации наряду со значимым уменьшением количества принимаемых лекарственных средств). При этом у пациентов, достигших интеграции личности, было зафиксировано более выраженное улучшение по сравнению с теми, кто не достиг интеграции личности; однако модель стационарного лечения и ее возможное влияние на полученные данные не обсуждаются в этой статье. Следовательно, остается невыясненным, какими техниками и механизмами (включая дополнительное стационарное и амбулаторное лечение, которое получали пациенты в двухлетний промежуток между выпиской и тестированием) объясняются достигнутые в ходе лечения успехи. Данные Билза и Блюма (Bills, Bloom, 1998) свидетельствуют о снижении числа эпизодов насилия и периодов изоляции/одиночества в результате реализации программы по модели Sanctuary®, в которой подчеркивается роль договоренности о ненасильственных способах поведения и создания обстановки безопасности в лечебном учреждении, осуществляющем лечение. Результаты этого исследования подчеркивают важность обстановки, исключающей возможность возникновения повторных инцидентов травматизации, для успешного восстановления пациентов с травматическими стрессовыми расстройствами. Райт с соавт. (Wright et al., 1997), проводившие наиболее грамотное в методологическом отношении исследование на группе взрослых пациентов, пострадавших от насилия, зафиксировали у них значимое снижение интенсивности и частоты симптомов ПТСР и сопутствующей психопатологии. Оценка была осуществлена год спустя по завершении 6-недельной программы лечения для лиц, перенесших насилие в детстве, в соответствии с их воспоминаниями, ориентированной на стратегию стабилизации и решение актуальных проблем (в противовес стратегии ориентированного на прошлое катарсического воспоминания травматического опыта). Эти данные сходны с результатами, полученными на выборках ветеранов. Авторы подчеркивают значимость обнаруженной ими закономерности в свете того, что у трети популяции, с которой велась исследовательская работа, помимо ПТСР выполнялись диагностические критерии пограничного личностного расстройства. Кроме того, целью данного исследования было определение влияния диагноза личностного расстройства в соответствии с критериями DSM-IV (для оценки личностных характеристик применяли MMPI-2) на успешность лечения. Когда данные инструментального измерения ПТСР и сопутствующих симптомов были сопоставлены с личностными кластерами По MMPI-2, каких-либо значимых различий между личностными подтипами " Успешностью лечения выявлено не было. Результаты свидетельствуют, Что личностный тип не оказывает влияния на результат лечения (Ross, 1997).

Клинические данные**Уровни C, D, E и F**

Ниже приведен обзор естествоиспытательских и клинических исследований (уровень C), опыт многолетней и широко распространенной клинической практики (уровень D), данные многолетней практики, реализованной ограниченным кругом клиницистов и не подлежащей эмпирической оценке (уровень E), данные недавно разработанного метода лечения, не подвергавшегося клинической или эмпирической оценке в области ПТСР (уровень F).

1. *Ветераны.* Несколько работ (представленных в таблице 10.2) и единичных публикаций, в которых описывался и оценивался методический подход, структура, содержание, социальный климат специализированного стационарного лечения ПТСР. Здесь также дается описание тех различий, которые существуют между специализированными программами и целями общих психиатрических отделений (рассмотренными ранее).

2. *Жертвы насилия.* Имеется несколько описаний индивидуальных программ, в которых раскрывается сходство методологических подходов двух специализированных программ лечения в стационаре а) лиц, подвергшихся в детском возрасте сексуальному насилию, и б) пациентов с диагностированным расстройством множественной личности (ныне расстройство диссоциированной идентичности). Существует много подробных описаний отдельных элементов программ и той роли, которую они играют в лечении. Как указывалось ранее, наиболее полным источником информации является обзор программ (Beag, 1993), реализуемых Обществом за Безопасность (Safer Society SSF) для лиц, переживших насилие в детстве. В отчете подчеркивается имевшийся (на тот момент) дефицит исследований и эмпирически проверенных данных. К сожалению, эта ситуация мало изменилась и сегодня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наиболее доступными и разнообразными являются данные исследования специализированных программ стационарного лечения, проводимых под эгидой комитета по делам ветеранов, в отличие от данных программ помощи жертвам насилия, лечение которых осуществляется в клиниках, не объединенных в единую сеть. Хотя имеющиеся исследования представляют собой значительную ценность и задают направление разработки программ и их модификаций, они носят лишь предварительный характер и не обладают доста-

точной строгостью. Назрела острая необходимость в проведении новых исследований, более выверенных в методологическом отношении, которые будут включать рандомизацию, контрольные группы и повторную диагностику спустя более или менее продолжительный период времени после выписки пациента из стационара.

Вместе с тем очевидно, что многие черты стационарного лечения затрудняют процедуры измерения и требуют творческих исследовательских решений. Лечение травмы в условиях стационара можно рассматривать не как какой-то особый вид лечения, а скорее как «метатерапию», которая задает контекст безопасности и формирует способствующую выздоровлению атмосферу. Стационарное лечение ПТСР интегрирует концепции ПТСР и различные терапевтические модальности — подход, показавший свою эффективность во время проведения спланированного, тщательно скоординированного лечения в обстановке стабильности и ненасилия. Терапевтическая среда, организованная в эффективную, связную, значимую систему, помогает пациенту вернуть чувство общности с другими людьми и социальной целесообразности. Сложная и многоаспектная природа этого лечения содержит возможность быстро приобретать новые знания и навыки; и эта же самая комплексность затрудняет проведение тщательных количественных исследований, делая их столь редкими. Пролонгированное, хроническое ПТСР представляет собой сложное (а в иных случаях тяжелое и с трудом поддающееся лечению) заболевание. Оно дает начало множеству коморбидных расстройств и состояний, которые также должны учитываться по ходу лечения. Риск суицидального или деструктивного поведения, направленного на себя или окружающих, очень велик для этого контингента и зачастую делает госпитализацию необходимой.

Согласно данным, которыми мы располагаем на настоящий момент относительно стоимости, эффективности, удовлетворительности лечения хронического ПТСР, наиболее оптимальным вариантом являются специализированные программы продолжительностью от 2 до 12 недель. Структурированные условия стационара открывают возможность для создания связной когнитивной рамки, в которой разворачивается поэтапно спланированное лечение пациента. На первой стадии лечения в условиях стационара всегда создаются условия безопасности, чему обычно придается очень большое значение в современных специализированных программах, ориентированных на работу с ПТСР. В этой модели уделяется огромное внимание восстановлению и пониманию полной картины произошедшего, однако попытки лечения пролонгированного ПТСР, предусматривающие повторное переживание прошлого опыта психической травмы без предварительного создания обстановки безопасности, могут нанести только вред. При проведении стационарного лечения предпочтение может быть отдано «второму поколению» Моделей лечения, предполагающих последовательный мультимодальный

лечебный подход в контексте персональной и коллективной безопасности с ориентацией на настоящее и будущее. Это означает, что вне зависимости от выбранной программы лечение в стационаре строится вокруг задач сформулированных для фазы 1 посттравматической модели лечения. Психофармакология представляет собой важный компонент предоставляемой помощи и преодоления симптомов дистресса, хотя лекарственные средства сами по себе не продемонстрировали эффективности в лечении расстройств связанных с травмой.

Результаты проведенных работ показывают необходимость тщательной диагностики и скрупулезного планирования процесса лечения с заранее определенными терапевтическими целями и стратегиями в зависимости от объектных отношений индивида, эго-ресурсов, пре- и посттравматических факторов риска и устойчивости, тяжести симптомов, степени включенности в социальные отношения, уровня функционирования и трудоспособности. Проведение стационарного лечения предусматривается при декомпенсациях, рецидивах, тяжелой посттравматической симптоматике и/или коморбидных расстройствах, затрудняющих нормальное функционирование в случае реальной угрозы причинения индивидом вреда себе или окружающим, если индивид подвергается действию сильных стрессовых факторов психологического характера и/или нуждается в специализированном наблюдении/обследовании в спокойной обстановке. Проведение стационарного лечения противопоказано лицам, которые не могут или не хотят принимать участие в средовом лечении, основанном на модели посттравматического лечения, имеют психотические и/или характерологические нарушения такой тяжести, что не могут или не хотят поддерживать безопасность в условиях стационара; а также тем, чье состояние (например, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость, расстройства питания) угрожает нормальной жизнедеятельности и требует предварительной стабилизации.

Краткосрочная модель стационарного лечения ПТСР (длительность которого варьирует от 2 до 12 недель) имеет несколько существенных преимуществ. Она выгодна с экономической точки зрения, согласуется с проводимым пересмотром полезности данного вида лечения для разных групп пациентов и помогает по мере преодоления кризисов и стабилизации состояния осуществлять переход к более дифференцированной системе оценки, побуждает пациентов стремиться к такому виду лечебной помощи, который в меньшей степени ограничивает их возможности и вынуждает к регрессии. Данная модель дает возможность сотрудничества со службами оказания помощи по месту жительства и амбулаторной помощи, что является лишь^b одним (хотя и имеющим, безусловно, решающее значение для периодов дестабилизации) компонентом работы, проводимой за время оказания целого спектра услуг пациентам с хронической травмой. Пациентам с хронически^a

ЦТСР, отягченным коморбидными психиатрическими и соматическими расстройствами, нуждающимся в долгосрочном лечении, предлагается возможность многократного прохождения краткосрочного, но интенсивного лечения в безопасной обстановке стационара. В специальных отделениях, в отличие от отделений общего профиля, возможна реализация модели лечения, разработанной для пациентов, переживших психическую травму. Данный подход учитывает травматическую этиологию симптомов и психологических проблем этих пациентов. Вместе с тем в центре внимания находится целостная личность пациента, что предполагает выход за рамки концепции посттравматического стресса. Акцент на связанном с травмой прошлом делается только в интересах будущего, дальнейшей жизни, не отягощенной травматическими переживаниями, или, по словам Шалева (Shalev, 1997), для «исцеления во имя будущего».

ЛИТЕРАТУРА

- Allen J. C., Kelly K. A., Glodich A.* (1997). A psychoeducational program for patients with trauma-related disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2), 222-239.
- Bear E.* (1993). Inpatient treatment for adult survivors of sexual abuse: A summary of data from 22 programs. Brandon, VT: Safer Society Program.
- Bills L.J., Bloom S. L.* (1998). From chaos to sanctuary: Trauma-based treatment for women in a state hospital system. In B. Labotsky, A. K. Blanch, A. Jennings (Eds.), *Women's health services: A public health perspective* (pp. 348-367). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bloom S. L.* (1994). The sanctuary model: Developing generic inpatient programs for the treatment of psychological trauma. In M. B. Williams, J. F. Sommer (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy* (pp. 474-494). Westport, CT: Greenwood Press.
- Bloom S. L.* (1997). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.
- Boudewyns P. A., Hyer L., Woods M. G., Harrison W. R., McCrume E.* (1990). PTSD among Vietnam veterans: An early look at treatment outcome using direct therapeutic exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 359-368.
- Brady K. T.* (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl. 9), 12-15.
- Breslau N., Davis G. C., Peterson E. L., Schultz L.* (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Brown D., Schefflin A. W., Hammond, D. C.* (1998). *Memory, trauma treatment, and the law: An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys, and judges*. New York: Norton.
- Brown G. R., Anderson B.* (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61.

- Carlin A. S., Ward N. G.* (1992). Subtypes of psychiatric inpatient women who have been sexually abused. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 392-397.
- Catherall D. R.* (1989). Differentiating intervention strategies for primary and secondary trauma in post-traumatic stress disorder: The example of Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 289-304.
- ChuJ. A.* (1992). The therapeutic roller coaster: Dilemmas in the treatment of childhood abuse survivors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 351-370.
- ChuJ. A.* (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic and dissociative disorders*. New York: Wiley.
- Courtois C. A.* (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines* New York: Norton.
- Courtois C. A., Cohen B. M., TurkusJ. A.* (1994). Developing an inpatient dissociative disorders unit. In M. B. Williams, J. F. Sommer (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy* (pp. 463-473). Westport, CT: Greenwood Press.
- Creamer M., Morris P.* (1997, November). Treatment outcome in Australian veterans with chronic PTSD: Preliminary findings. Paper presented at the 8th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Canada.
- Creamer M., Morris P., Biddle D., Elliot P.* (1999). Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: A cause for cautious optimism? *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 545-558.
- DavidsonJ., Hughes D., Blazer D., George L. K.* (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- EllasonJ. W., Ross C. A.* (1997). Two-year follow-up of inpatients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 832-839
- EllasonJ. W., Ross C. A., Sainnton K., Mayran L. W.* (1996). Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60(1), 39-51.
- Faustman W. O., White P. A.* (1989). Diagnostic and psychopharmacological treatment characteristics of 536 inpatients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 154-159.
- Fontana A., Rosenheck R.* (1997). Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 758-776.
- FordJ. D., Fisher P., Larson L.* (1997). Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 547-559.
- Forman S. I., Havas S.* (1990). Massachusetts' post-traumatic stress disorder program: A public health treatment model for Vietnam veterans. *Public Health Reports*, 105, 172-179.
- Friedman M.J., SchnurrP.* (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M.J. Friedman, D. S. Charney, A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to PTSD* (pp. 507-524). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- FunariD.J., PiekarskiA. M., Sherwood R.J.* (1991). Treatment outcomes of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 68, 571- 578.

- fatnmarberg M., Silvers. M.* (1994). Outcome of treatment for post-traumatic stress disorder in a primary care unit serving Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 195-215.
- Herman J. L., Perry J. C., van derKolk B. A.* (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- ffryvniak M. R., Rosse R. B.* (1989). Concurrent psychiatric illness in inpatients with posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*, 154, 399-401.
- Johnson D.* (1997). Inside the specialized inpatient PTSD units of the Department of Veterans Affairs. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 357-360
- Johnson D. R., Feldman S. C., Lubin H., Southwick S. M.* (1995). The use of ritual and ceremony in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 283-289.
- Johnson D. R., Feldman S. C., Southwick S. M., Charney D. S.* (1994). The concept of second generation program in the treatment of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 217-304.
- Johnson D., Lubin H.* (1997). Treatment preferences of Vietnam veterans with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 391-406.
- Johnson D., Rosenheck R., Fontanaf A.* (1997). Assessing the structure, content, and perceived social climate of residential PTSD treatment programs. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 361-367.
- Johnson, D., Rosenheck, R., Fontana, A., Lubin H., Charney, D., Southwick S.* (1996). Outcome of intensive inpatient treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 771-777.
- Kessler R., Sonnega A., Broment E., Hughes M., Nelson C. B.* (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52,1048-1060.
- Kluft R. P.* (1991) Hospital treatment of multiple personality disorder: An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 695-719.
- Kluft R. P.* (1996). Hospital treatment. In J. L. Spira (Ed.), *Treating dissociative identify disorder* (pp. 275-335). San Francisco: Jossey-Bass.
- Long R., Wine P., Penk W., Keane T., Chew D., Gerstein C, O'Neill J., Nadelson T.* (1989). Chronicity: Adjustment differences of Vietnam combat veterans differing in rates of psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Psychology*, 45(5), 745-753.
- Marmar C R., Foy D., Kagan B., Pynoos R. S.* (1994). An integrated approach for treating posttraumatic stress. In R. Pynoos (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review* (pp. 99-132). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Mechanic D., McAlpine D. D., Olfson M.* (1998). Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994. *Archives of General Psychiatry*, 55,785-791.
- Mellman T. A.* (1998). Outcome following inpatient PTSD treatment at the Miami VA. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Washington DC.
- Moos R. H.* (1974). *Evaluating treatment environments: A social ecological approach*. New York: Wiley.
- MunleyP. H., Bains D. S., FrazeeJ., Schwartz L. T.* (1994). Inpatient PTSD treatment: A study of pretreatment measures, treatment dropout, and therapist ratings of response to treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 7(2), 319-325.

- Orsillo S. M., Weathers F. W., Litz B. T., Steinberg H. R., Huska J. A., Keane T. (1996). Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(5), 307-311.
- Perconte S. T. (1989). Stability of positive treatment outcome and symptoms relapse in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 127-135.
- Perconte S. T., Griger M. L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed Vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(9), 558-562.
- Perconte S. T., Griger, M. I., Bellucci, G. (1989). Relapse and rehospitalization of veterans two years after treatment for PTSD. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1072-1073.
- Perry J. C., Herman J. L., van derKolk B. A., Hoke L. A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 20, 33-43.
- Putnam F. W., Loewenstem R.J., Silberman E.J., Post R. M. (1984). Multiple personality disorder in a hospital setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 172-175.
- Ragsdale K. G., Cox R. D., Finn P., Eisler R. M. (1996). Effectiveness of short-term specialized inpatient treatment for war-related posttraumatic stress disorder: A role for adventure-based counseling and psychodrama. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 269-283.
- Rogers S. (1998). An alternative interpretation of "intensive" PTSD treatment failures. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 769-775.
- Ronis D. L., Bates E. W., Garfein A. J., Buit B. K., Falcon S. P., Liberzon I. (1996). Longitudinal patterns of care for patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 763-781.
- Rosenheck R., Fontana A., Errera P. (1997). Inpatient treatment of war-related post-traumatic stress disorder: A 20-year perspective. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 407-414.
- Ross C. A. (1987). Inpatient treatment of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 779-781.
- Ross C. A. (1996). Short-term problem-oriented inpatient treatment. In J. L. Spira (Ed.), *Treating dissociative identity disorder* (pp. 337-365). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ross S. (1997). Differences in MMPI-2 profiles: Treatment outcome for adult survivors of childhood trauma. Unpublished manuscript.
- Sabo A. N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders* 11(1), 50-70.
- Sakheim D. K., Hess E. P., Chivas A. (1988). General principles for short-term inpatient work with multiple personality disorder patients. *Psychotherapy*, 25, 117-124.
- Scurfield R. M., Kenderdine S. K., Pollard R.J. (1990). Inpatient treatment for war-related post-traumatic stress disorder: Initial findings on a longer-term outcome study. *Journal of Traumatic Stress*, 3(2), 185-201.
- Seidel R. W., Gusman F. D., Abueg F. R. (1994). Theoretical and practical foundations of an inpatient post-traumatic stress disorder and alcoholism treatment program. *Psychotherapy*, 31(1) 67-78.
- Shalev A. Y. (1997). Discussion Treatment of war-related posttraumatic stress disorder: Learning from experience. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 415-422.
- Solt V., Chen C, Roy A. (1996). Seasonal patterns of posttraumatic stress disorder admissions. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 40-42.

- Southwick S. M., Yehuda R., Giller E. L.* (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1020-1023.
- Starkey T. W., Ashlock L. E.* (December, 1984). Inpatient treatment of PTSD: An interim report of the Miami model. *VA Practitioner*, pp. 37-40.
- Starkey T. W., Ashlock L. E.* (1986). Inpatient treatment of PTSD: Final results of the late, great Miami model. *VA Practitioner*, 3, 41-44.
- van der Kolk B. A., McFarlane A. C., van der Hart O.* (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 417-440). New York: Guilford Press.
- Wang S., Wilson J. P., Mason J. W.* (1996). Stages of decompensation in combat-related posttraumatic stress disorder: A new conceptual model. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 31, 237-253.
- Wright D. C., Woo W. L.* (1997, November). Outcomes of inpatient treatment of chronic PTSD: One year follow-up. Poster session presented at the 8th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Canada.
- Wright D. C., Woo W. L., Ross S.* (1996). Inpatient treatment of chronic post traumatic stress disorder: Outcome of treatment for adult survivors of childhood trauma. *International Journal of Psychology*, 31, 278.

Психосоциальная реабилитация

Вальтер Пенк, Рэймонд Б. Флэннери мл.

В этой главе обсуждаются некоторые параметры техник психосоциальной реабилитации для людей, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Служба психосоциальной реабилитации используют специальные техники и интервенции, применяемые к людям с тяжелыми психическими расстройствами, испытывающими трудности в социальном функционировании. В ведении служб «психосоциальной реабилитации» находятся, в частности, интервенции, улучшающие навыки повседневной жизни, взаимоотношения в семье и с друзьями; обучение навыкам по поддержанию и улучшению здоровья, в том числе лечение зависимостей от химических веществ; обеспечение благоприятных жилищных условий, а также интервенции, направленные на развитие навыков, необходимых для удовлетворения образовательных и профессиональных потребностей. Подробное описание техник и интервенций психосоциальной реабилитации представлено в учебных руководствах и стандартах, публикуемых такими профессиональными организациями, как Международная Ассоциация служб психосоциальной реабилитации (IAPRS, 1994), Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения (ЖСАНО, 1993), Комиссия по аккредитации служб реабилитации (CARF, 1998), а также в руководствах, выпущенных Администрацией по здоровью ветеранов (Veterans Health Administration, VHA) в 1998 г.

Некоторые клиницисты считают, что техники психосоциальной реабилитации следует применять только при шизофрении, но не при других психических расстройствах, в том числе и ПТСР, несмотря на то, что оно также может быть весьма тяжелым. Подход, описываемый здесь, является проблемно-ориентированным, т.е., если клиент осознает наличие проблемы, а клиницист приходит к выводу, что эта проблема связана с ПТСР, то они

вместе должны выбрать соответствующие техники психосоциальной реабилитации и адаптировать их к специфике проблем конкретного человека. Курс психосоциальной реабилитации ПТСР может быть различным в каждом конкретном случае в зависимости от тяжести симптомов. Выбранные методы психосоциальных интервенций должны соответствовать стадиям лечения, что достигается посредством активного взаимодействия между клиентом и клиницистом (Wang et al, 1996). Большую роль в психосоциальной реабилитации играет настрой (мотивация) клиента на достижение положительных результатов лечения.

В этой главе анализируются семь основных моделей психосоциальной реабилитации, которые обычно рассматриваются при планировании лечения людей с серьезными психическими расстройствами, включая и ПТСР: (1) здоровье пациента и психологическое просвещение; (2) развитие навыков самостоятельной жизни и независимости; (3) обеспечение благоприятных жилищных условий; (4) развитие навыков семейных взаимоотношений; (5) развитие социальных навыков; (6) профессиональная реабилитация; (7) создание индивидуализированной программы оказания пациенту комплексной социально-психологической и психиатрической помощи.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ

В предыдущих главах подробно говорилось о том, что центральным положением многих теорий лечения травмы является такая установка: используемые техники должны избавить человека от переживаемых им негативных эмоций и поведения, направленного на избегание всего, что может напомнить о пережитой травме, либо, по крайней мере, ослабить эти симптомы. Навязчивое воспроизведение травматического опыта ведет к симптоматическому поведению, которое проявляется как стремление человека избежать повторного эмоционального переживания ощущений смятения, хаоса и беспомощности, овладевших им во время травмирующего события (McFarlane, 1994; van der Kolk et al., 1996).

Теории, касающиеся лечения травмы, были обобщены в нескольких основных публикациях (см., напр.: Foa et al., 1991; Herman, 1992), а также в настоящем издании. Большинство исследователей соглашаются с тем, что лечение или процесс успешного совладания с навязчивым переживанием травмы может проходить ряд стадий, таких, как:

1. Стабилизация, состоящая из двух аспектов: (а) информирования и (б) идентификации испытываемых чувств через вербализацию соматических состояний.
2. Разрыв условнорефлекторных связей между травмирующими воспоминаниями и реакциями.

3. Переработка травматического опыта — создание последовательных схем травматического опыта.
4. Восстановление надежных социальных связей и улучшение навыков межличностного взаимодействия.
5. Накопление эмоциональных переживаний, оказывающих восстановительный эффект (van der Kolk et al., 1996, p. 426).

Эти стадии не являются взаимоисключающими, и улучшение состояния пациента не обязательно зависит от того, на какой из них он находится.

В данной главе анализ техник психосоциальной реабилитации описан в контексте представлений о фазовом подходе к лечению ПТСР. Анализ показывает, что применение методов психосоциальной реабилитации наиболее целесообразно на завершающих фазах лечения, когда клиент заинтересован в восстановлении эффективных социальных взаимоотношений и развитии положительных эмоциональных переживаний, компенсирующих травму и ее последствия. Однако в недавних исследованиях Маркса с соавт. (Marks et al., 1998), а также Тарриера с коллегами (Tarrrier et al., 1999) было показано, что пациентам необязательно проходить какую-либо или все стадии реабилитации, а особенно стадию «разрыва условно-рефлекторных связей между травмирующими воспоминаниями и реакциями». Исследовав вопрос о необходимости применения «вскрывающей» терапии, эти авторы предлагают по-новому взглянуть на наше представление о «вскрывающей» терапии как единственном способе избавления от привычного реагирования на травмирующие воспоминания. Данные новых исследований позволяют оценить положительный эффект методов психосоциальной реабилитации. Этот эффект может быть достигнут, например, при помощи только когнитивного реконструирования без обращения к работе по «разрыву обусловленных связей между воспоминаниями о психотравмирующем событии и соответствующими реакциями» в лечении пациентов, которые, скажем, возвращаются к прежней профессиональной деятельности после того, как они, по их оценке, уже потерпели неудачу в попытках адаптации к требованиям внешнего мира.

И, наконец, так же, как мечта принадлежит мечтателю, так и стадия восстановления находится целиком во власти клиента. Другими словами, процесс психосоциальной реабилитации должен быть сфокусирован на самостоятельном выборе клиентом проблем, которые необходимо решить, и на его способности определять конкретные цели для разрешения проблем, выявленных в курсе восстановления и адаптации.

Методы лечения, описанные в предыдущих главах, касались в большей степени процесса обучения человека специальным поведенческим техникам, направленным на преодоление страха перед эмоциями, связанными с травмой, а также развития новых когнитивных схем с целью интеграции воспоминаний о травме в личностный жизненный опыт клиента (van der Kolk et al., 1996).

Однако, поскольку у людей, страдающих ПТСР, способы совладания с травматическими воспоминаниями и эмоциями, возникшими в результате травмы, распространяются на новые ситуации (это происходит, например, когда пациенты с ПТСР стремятся к эмоциональным отношениям с другими людьми, полагая, что это их защитит), то в таких случаях техники психосоциальной реабилитации могут применяться для облегчения социальных взаимодействий и личностной интеграции неприятных переживаний и воспоминаний о травматическом опыте. Техники психосоциальной реабилитации, которым клиент обучается с помощью терапевта, включают проигрывание ситуаций, в которых новые способы совладания с травмой проверяются на практичность, пригодность и широту применения к социальному миру, поскольку социальный мир служит буфером, защищающим от воспоминаний о травме. Данные техники также предоставляют пациентам арену для взаимодействия, где приобретаются новые, приятные переживания, необходимые для компенсации глубокого чувства беспомощности и острой боли от полученных психологических и физических ран (van der Kolk et al., 1996).

Кроме того, техники психосоциальной реабилитации содержат процедуры, направленные на «восстановление безопасных социальных связей». Следовательно, такие техники могут стать ценным ресурсом для терапевтов и их клиентов, особенно в тех случаях, когда интервенции разрабатываются специально для совладания с симптомами ПТСР. Однако большинство техник психосоциальной реабилитации представляет собой общие формы интервенций, направленных не на отдельные симптомы ПТСР, а на общие негативные последствия психического расстройства. В процессе применения данных техник клиентам и клиницистам также необходимо совместно работать над применением соответствующих навыков, развитых в процессе реабилитации и направленных на воспоминания человека о прошлой травме в текущих ситуациях.

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

Перед тем как обратиться к описанию техник психосоциальной реабилитации, которые могут быть клинически полезными при лечении ПТСР, мы должны заявить о том, что, согласно классификации Уровней Доказательности, разработанной Агентством по политике здравоохранения и исследованиям (АНСРР), ни одна из этих интервенций не соответствует критериям уровня А: их эффективность при лечении ПТСР не была проверена клиническими исследованиями в контролируемых условиях с применением рандомизации. Кроме того, ни одна из них не была проверена на соответствие критериям уровня В, где показатели эффективности основываются на детально спланированном клиническом исследовании без применения рандомизации или плацебо-сравнения.

Однако все методы психосоциальной реабилитации, описанные выше, соответствуют критериям уровня С классификации АНСРР (удовлетворенность клиентов услугами; оценки клиницистов, основывающиеся на показателях эффективности услуг, которые они предоставляют; согласованность экспертных оценок; клинические наблюдения эффективности этих методов и др.) Такое соответствие требованиям уровня С, продемонстрированное обзорами клиническими наблюдениями и исследованиями, является достаточно убедительным основанием для применения техник психосоциальной реабилитации при планировании лечения ПТСР (см., в частности, исследование, проведенное в 1998 г. Розенheckом с коллегами (Rosenheck et al., 1998) в Северо-восточном центре оценки программ).

Применение техник психосоциальной реабилитации эффективно для лиц с другими формами психических расстройств; в некоторых случаях техники, которые эффективны для одного типа психических расстройств, могут оказаться в той или иной степени полезными и при работе с пациентами, страдающими другими психиатрическими расстройствами. Хотя исследований, подтверждающих эффективность техник психосоциальной реабилитации для лиц с ПТСР, проводилось недостаточно, положительные результаты их использования при других видах расстройств являются дополнительным доводом в пользу применения этих техник при планировании лечения ПТСР. Кроме того, большинство клинических исследований, рассмотренных и упомянутых здесь, было проведено на клиентах, у которых зафиксировано несколько типов расстройств; ни одно опубликованное исследование не проводилось в группах людей, имеющих только ПТСР. И поэтому, хотя техники психосоциальной реабилитации не подчиняются требованиям ни уровня А, ни уровня В по классификации АНСРР, возрастающее количество исследований, подтверждающих их эффективность на уровне С, является дополнительным свидетельством в пользу того, что психосоциальная реабилитация может приниматься во внимание при планировании лечения, особенно когда клиенты сами обозначили эти проблемы и избрали способы их преодоления.

Теперь опишем каждый из семи типов психосоциальной реабилитации, исходя из критериев уровня С (см. таблицу 11.1). Обратимся прежде всего к вопросу о возможных проблемах в психосоциальном функционировании человека, а затем перейдем к краткому описанию психосоциальных методик, эффективность которых была доказана.

Как было отмечено ранее, фундаментальным положением психосоциальной реабилитации является активное участие и заинтересованность клиента в процессе выявления проблем, определения желаемых целей и выборе соответствующих методов. Методы психосоциальной реабилитации имеют ключевое значение при планировании лечения каждого пациента с ПТСР в том случае, если клиент активно сотрудничает с клиницистом в выборе методов

Таблица 11.1. Перечень для выбора интервенций психосоциальной реабилитации пациентов с ПТСР

(, *Психосоциальное просвещение.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент недостаточно информирован о здоровом образе жизни и склонен к поведению, представляющему угрозу для его здоровья (например, ПТСР, злоупотребление химическими веществами), применяют техники психосоциального просвещения.

2. *Развитие навыков самостоятельной жизни.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент с ПТСР не может в полной мере заботиться о себе сам и жить независимо от посторонней помощи, применяют методы развития навыков самостоятельной жизни и независимости.

3. *Обеспечение благоприятных жилищных условий.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент с ПТСР не имеет надежного, доступного, постоянного жилья, которое необходимо и для достижения целей лечения, клиенту оказывается помощь в обеспечении необходимых жилищных условий.

4. *Тренинг семейных взаимоотношений.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что семья клиента недостаточно поддерживает его и/или недостаточно осведомлена об особенностях лечения ПТСР, рекомендуются развитие навыков взаимодействия в семье и работа с семьей пациента.

5. *Развитие социальных навыков.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент с ПТСР недостаточно социально активен (принимает недостаточное участие в социальной жизни), применяют тренинг социальных навыков.

6. *Профессиональная реабилитация.* Если клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент с ПТСР не имеет работы с уровнем оплаты, позволяющим ему реализовывать свои профессиональные навыки, применяют интервенции по профессиональной реабилитации.

7. *Создание индивидуализированной программы оказания пациенту комплексной социально-психологической и психиатрической помощи* осуществляется в том случае, когда клиент и клиницист согласны с тем, что клиент с ПТСР не способен самостоятельно идентифицировать свои трудности или следовать амбулаторному плану лечения, включающему перечисленные методы.

лечения и в оценке его прогресса. С помощью перечисленных ниже методов (на основе перечня для определения применимости интервенций психосоциальной реабилитации, предложенного Администрацией здоровья ветеранов (Penk, Losonczy, 1997), можно определить, какой из методов (или их сочетание) следует использовать при лечении ПТСР.

Клиницистам следует помнить о том, что работа по психосоциальной реабилитации все чаще проводится в условиях амбулаторного лечения, поэтому крайне важно, чтобы клиент и клиницист совместно определили, готов ли первый с медицинской и психиатрической точки зрения начать курс психосоциальной реабилитации. Кроме того, перечень методов психосоциальной реабилитации должен применяться с учетом показателей желания клиента (т. е. его «готовности») и его возможностей (т.е. когнитивного статуса, памяти, рассудительности и т.д.), так как от них также зависит приобретение новых навыков. Наконец, эффективность психосоциальной реабилитации зависит **и** от степени овладения новыми навыками, что подчеркивает значимость практической деятельности как центрального фактора ^в этом процессе. Клиенты и клиницисты могут столкнуться с необходимостью перестроить и адаптировать техники психосоциальной реабилитации таким образом, чтобы они позволяли получить доступ к невербальным эмоциональным переживаниям и специально фокусировались на приобретении клиентом новых навыков для совладания с симптомами ПТСР.

Что сообщается в литературе по поводу методов психосоциальной реабилитации? Рекомендации, представленные здесь, основаны на ключевых публикациях, которые содержат детальные описания таких техник и сведения об их преимуществах и недостатках. Техники психосоциальной реабилитации могут использоваться как дополнение к другим формам лечения, описанным в данной книге, или независимо от них. По мере того как пациент с ПТСР переходит с одной стадии восстановления на другую, применяются различные техники в зависимости от его «готовности» и уровня интенсивности используемых методов психосоциальной реабилитации. Выбор данных техник традиционно напрямую связывают с тем, на какой стадии восстановления находится пациент (Wang et al., 1996).

МЕТОДЫ, ОПИСАННЫЕ В ПУБЛИКАЦИЯХ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ОБЗОР

Источниками описаний методов психосоциальной реабилитации являются вышеперечисленные стандарты (см., напр.: IAPRS, 1994; JCAHO, 1993; CARF, 1998; Учебное руководство VHA). Обзор соответствующих исследований был проведен Фредом Лернером (Fred Lerner, DLS), в рамках программы PILOTS в Национальном Центре ПТСР (Медицинский центр Вермонта). Программа PILOTS классифицирует исследования ПТСР по типам лечения/реабилитации, по индивидуальным особенностям рассматриваемых случаев и по результатам лечения.

Кроме этого, данная глава не была бы написана без помощи клиницистов Администрации ветеранов (VA), сотрудников центра «Берч энд Дэвис», расположенного в Сильвер Спринг, штат Мэриленд, которые провели оценку техник психосоциальной реабилитации и разработали алгоритмы для работы с пациентами. В результате этого сотрудничества под руководством Вальтера Пенка и Миклоса Лосонжи (Penk, Losonczy, 1997) был разработан модуль психосоциальной реабилитации, который и послужил основой как для публикаций, рассмотренных здесь, так и для описаний техник и критериев их использования (см. разработанное Администрацией по здоровью ветеранов «Клиническое руководство по работе с лицами, страдающими от тяжелого депрессивного расстройства, посттравматического стрессового расстройства и злоупотребления химическими веществами» (Horvath, 1997a) и «Клиническое руководство по лечению лиц, страдающих психозом» Томаса Хорвата, доктора медицинских наук, ведущего консультанта группы стратегического планирования по психическому здоровью Управления администрации по здоровью ветеранов, Вашингтон (Horvath, 1997b).

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Одним из преимуществ методов психосоциальной реабилитации, которые могут применяться и в совокупности с другими терапевтическими техниками, является то, что они позволяют детально и структурированно анализировать воспоминания о травме, апеллируя при этом скорее к эмоциям, чем к рациональным объяснениям. Рассматриваемые методы психосоциальной реабилитации в первую очередь включают интервенции, которые фокусируются на формировании у клиента ощущения безопасности и редукции поведения, причиняющего вред; затем следуют интервенции по развитию навыков эффективного совладания, которые необходимы для адекватного функционирования в обществе, и далее на континууме услуг психосоциальной реабилитации располагаются методы (т.е. создание индивидуализированных программ оказания пациенту комплексной помощи), которые обеспечивают координацию и последовательное применение техник психосоциальной реабилитации.

Оздоровительные и образовательные методы психосоциальной реабилитации

Когда клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент достаточно стабилен, осознает, что хочет и способен получить информацию о ПТСР и его лечении, то клиницист направляет его в соответствующие службы психосоциальной реабилитации. Таким образом, клиент получает возможность приобрести знания по следующим направлениям: диагноз и природа ПТСР; ожидаемые результаты лечения и значимость соблюдения режима лечения и реабилитации; информация о медикаментах, используемых при лечении ПТСР (цели использования, преимущества, возможный риск, дозировка и другие предписания); информация относительно других форм психосоциальной и поведенческой терапии; программы социализации (развития социальных навыков); тренинги при двойных диагнозах; программы по профессиональной реабилитации (такие, как помощь в нахождении временного или постоянного места работы). В случае, если клиент с ПТСР и клиницист приходят к выводу, что клиент продолжает совершать поступки, представляющие угрозу его здоровью (такие, как злоупотребление химическими веществами), а также если он способен участвовать в образовательном процессе, включающем развитие навыков по поддержанию и улучшению здоровья, к плану лечения ПТСР могут быть добавлены техники, направленные на психологическое просвещение клиента в области физического здоровья (см., напр.: Allen et al., 1997). Несмотря на недостаток оздоровительных и образовательных программ, предназначенных специально для людей с ПТСР, существуют эквивалентные

техники психосоциальной реабилитации, разработанные для клиентов с хроническими психическими расстройствами, например, для страдающих шизофренией. Клинические исследования пациентов, больных шизофренией многие из которых также были травмированы, могут служить основой при разработке методов лечения ПТСР (см.: Atkinson et al, 1996; Eckman et al 1992; Goldman, Quinn, 1988; Halford et al., 1995; Kelly, Scott, 1990; MacPherson et al., 1996; Runder et al., 1994).

Другие формы методов психологического просвещения включают в себя информирование пациента о последствиях употребления наркотиков, здоровом образе жизни, возможных рецидивах расстройства (Marlatt, Gordon 1985; Nowinski et al., 1994); о болезнях, передающихся половым путем (Cates Graham, 1993; Goisman et al., 1991; Kalichman et al, 1995; Marlow et al., 1994); об отказе от курения (Американская психиатрическая ассоциация, 1996); о диете и физических упражнениях (Burne et al., 1994; McDougall, 1992).

В качестве примера методик психологического просвещения можно назвать несколько пособий по самопомощи при ПТСР, не прошедших, однако проверки эффективности: «Посттравматическое стрессовое расстройство: руководство для пострадавших по выздоровлению и восстановлению» (Flannery, 1992), а также более современную разработку Флэннери (Flannery, 1998) по оказанию помощи специалистам здравоохранения, пострадавшим от нападения своих пациентов; публикацию Матсакиса «"Я не могу справиться с этим": руководство по лечению травмы» (Matsakis, 1996). Клиенты и клиницисты подтверждают эффективность подобных образовательных услуг по самопомощи. В дополнение к общим методам психологического просвещения существуют некоторые подходы, предназначенные специально для лечения ПТСР. Заслуживают внимания работа Бэсса и Дэвиса «Смелость лечить: руководство для женщин, перенесших насилие в детстве» (Bass, Davis, 1988), публикация Митчела и Брейя «Стресс у работников аварийно-спасательных служб: руководство по поддержанию здоровья и сохранению профессиональной пригодности у персонала аварийно-спасательных служб» (Mitchell, Bray, 1990), а также статья Харриса «Восстановление от травмы и обретение уверенности: руководство для клинициста по групповой работе с женщинами» (Harris, 1998).

Примером того, как подобные книги самопомощи могут быть валидизированы, может служить недавнее исследование, сравнивающее занятия аэробикой, лечение кломипрамином и плацебо-эффект при лечении панического расстройства (Broocks et al., 1998). Выборка была произвольно разделена на две группы: 1) занимающиеся аэробикой; 2) принимающие кломипрамин либо плацебо. Если действие кломипрамина было связано с более значительным улучшением по ряду поведенческих показателей и с изменениями в установках, то субъекты, занимавшиеся аэробикой, достигли значительно лучших результатов, чем принимавшие плацебо, и почти совпали по результатам

с теми, кто принимал кломипрамин. Исследователи заключили: «По нашим сведениям, это первое рандомизированное исследование с применением плацебо, целью которого было изучение воздействия занятий аэробикой на паническое расстройство (с агорафобией или без нее), согласно критериям классификации DSM-IV-R или МКБ -10 (Broocks et al., 1998, p. 604). В этом новаторском исследовании получены данные по использованию методов психологического просвещения, которые могут применяться для лиц с ПТСР. Одновременно оно показывает, что дополнение техник психосоциальной реабилитации, например, физическими упражнениями помогает достигнуть положительных результатов при адаптации в семье или обществе.

Развитие навыков самопомощи и независимости

Когда клиент и клиницист приходят к выводу, что клиент с ПТСР не имеет достаточных навыков самообслуживания/самопомощи, необходимых для поддержания нормального ритма жизни дома или в обществе, или если клиент не может достичь ожидаемого уровня независимости в плане социального и личного функционирования, могут быть применены техники по развитию навыков самостоятельной жизни. Клиенты идентифицируют эти проблемы и ставят в этих случаях перед собой такие цели, как адекватная забота о себе и личная гигиена, обращение с деньгами, самостоятельное посещение магазинов, приготовление пищи, пользование транспортом, соблюдение режима приема лекарств, планирование своего времени, а также организация досуга и отдыха. Методы лечения, описанные в пособиях, направленных на развитие навыков самостоятельной жизни, детально разработаны для лиц с шизофреническими расстройствами, а их эффективность была подтверждена эмпирическим путем (напр.: Ayllon, Azrin, 1968; Falloon, 1999; Liberman et al., 1993).

В настоящее время актуально проведение исследований для проверки гипотез о том, что подобные техники психосоциальной реабилитации действительно смягчают проблемы и распространяются на симптомы избегания и «выученной беспомощности», связанные с ПТСР. Учитывая положительное воздействие техник по развитию навыков независимой жизни на состояние клиентов с различными психическими расстройствами (Halford et al, 1995), настоятельно рекомендуют разработку и эмпирическую проверку эффективности моделей, направленных на лечение ПТСР. Существующие модели по развитию навыков самостоятельной жизни, разработанные для других Психических расстройств, могут быть легко адаптированы и для лечения ключевых симптомов ПТСР в соответствии с общим теоретическим положением⁰ том, что «пациенты должны активно включаться в такие виды деятельности, которые позволят почувствовать себя успешными и способными получать Удовольствие» (van der Kolk et al, 1996, p. 433).

Обеспечение благоприятных жилищных условий

Жилищные проблемы клиента с ПТСР могут оказывать значимое влияние на процесс его реабилитации. Двумя основными вариантами таких проблем могут быть следующие: клиент может быть бездомным или, даже если он не бездомный, он может быть полностью неудовлетворен настоящими условиями своего проживания, или у него могут быть значительные проблемы в приобретении безопасного, качественного, доступного и спокойного жилья. Любая подобная проблема может повлиять на излечение и требует особого внимания (см., напр.: Schutt, 1996; Schutt, Garrett, 1992).

Кроме этого, трудности в сохранении нормальных жилищных условий могут быть связаны с симптомами ПТСР (например, бездомность может быть по крайней мере косвенным результатом симптомов избегания, приводящих к нарушениям в социальном функционировании). Основываясь на информации о том, что почти треть всех бездомных в стране — это бывшие участники военных действий, некоторые исследователи предположили, что причина бездомности может быть связана с ПТСР. Большинство интервенций по улучшению жилищных условий включают в себя направление клиента к другим специалистам с целью решения проблемы с жильем. Однако такая «переадресация» клиента часто ведет к фрагментации процесса реабилитации и снижает возможности интеграции усилий по решению проблемы бездомности с другими формами реабилитации. Решение жилищных проблем может быть ускорено, если клиент и клиницист объединяют процесс лечения ПТСР с работой по обеспечению благоприятных жилищных условий. Более того, решение часто сопутствующей проблемы злоупотребления химическими веществами может быть объединено с интервенциями по обеспечению благоприятных жилищных условий в тех случаях, когда бездомность связана с ПТСР (см., напр.: Goldfinger et al., 1999).

Клиницисты, занимающиеся лечением пациентов с ПТСР (особенно тех из них, для кого проблема бездомности стоит особенно остро или у кого нет достаточных денежных ресурсов), часто сталкиваются с необходимостью учитывать такие проблемы. Клиницисту приходится решить, влияет ли отсутствие благоприятных жилищных условий на ПТСР, и если влияет, проследить эту взаимосвязь. Другой вопрос заключается в том, как следует планировать процесс реабилитации для лиц с ПТСР, которые имеют жилищную проблему. В таких случаях клиницисты не только должны знать пути решения жилищных проблем своих пациентов, но и уметь совмещать лечение ПТСР с оказанием услуг по обеспечению жильем.

Велика вероятность того, что некоторые испытуемые, принявшие участие в контролируемых исследованиях программ по улучшению жилищных условий, страдали ПТСР, а также многими другими расстройствами, например-

сопутствующим злоупотреблением химическими веществами. Рост числа публикаций по данной проблематике, включая данные о положительном воздействии таких методов на людей с другими формами психических расстройств, эмпирически показывает, что специальные формы помощи в решении жилищных проблем, — и особенно те из них, которые осуществляют комплексный индивидуальный подход или направляют клиента в специализированные клинические учреждения, — являются более эффективными, чем стандартное решение проблемы бездомности — путем предоставления отдельной комнаты, но без проведения других форм реабилитации или разработки индивидуализированной программы комплексной помощи; путем поселения в приют без других форм поддержки (см., напр.: Goldfinger et al., 1997).

Более эффективными формами решения жилищных проблем считаются те, при которых работа специализированных клинических служб объединяется с усилиями медперсонала по стимулированию человека к жизни в обществе (см., напр.: Goldfinger et al., 1997; Schutt, Garrett, 1992). Исследования, проведенные в Вэст Хейвене, штат Коннектикут, в Северо-восточном центре оценки программ (NEPEC) Медицинского центра администрации ветеранов, эмпирически доказывают эффективность таких клинических услуг для людей, страдающих ПТСР и другими расстройствами, интегрируют интервенции по решению жилищных проблем с лечением (см., напр.: Rosenheck, Seibyl, 1998).

Техники психосоциальной реабилитации по обеспечению необходимой семейной поддержки

Клиницистам, занимающимся лечением лиц с ПТСР, часто приходится сталкиваться с тем, что клиенты сообщают о трудностях в семейных взаимоотношениях. Если клиент с ПТСР идентифицирует эту проблему, соглашается на участие семьи в ее решении и позволяет клиницисту связаться с членами семьи (например, родителями, сиблингами, супругом, детьми) для получения их добровольного согласия на участие в процессе лечения, можно применить техники психологического просвещения с целью улучшения семейной поддержки. После того как достигнуто соглашение между пациентом, членами семьи и клиницистом в том, что членам семьи следует принять участие в процессе лечения и реабилитации, могут быть применены определенные интервенции в этом отношении. Эти техники могут варьировать в диапазоне от психологического просвещения (для информирования членов семьи о ПТСР) до таких, в которых они принимают активное участие (см.: Mueser, Glynn, 1999).

В дальнейшем формы семейных интервенций обсуждаются более подробно; важно отметить, что одной из многих целей вовлечения членов семьи пациента в процесс лечения является установление (или восстановление)

социальной поддержки человека, оказавшегося в изоляции или сократившего социальные взаимосвязи. Более того, такие техники могут содержать информацию о предстоящем курсе реабилитации и лечения членов семьи.

Дополнительные сложности возникают в том случае, если пациенту была нанесена травма кем-то из членов семьи. Такие осложнения требуют более специализированных форм терапевтических интервенций, семейной терапии здесь уже недостаточно применения техник информирования и укрепления семейной поддержки, но необходимо вмешательство специально подготовленных терапевтов. Работа Синтии Карсон Бисби «Просвещение пациентов и членов их семьи в области психических болезней: практическое руководство» (Bisbee, 1991) является лишь одним из пособий, предназначенных клиницистам для планирования программ по психологическому просвещению пациентов и членов их семьи. Хотя модель, представленная Бисби, предназначена для психических болезней в целом, она легко может использоваться при работе с семьями пациентов с ПТСР.

Общим для большинства подобных руководств по психологическому просвещению членов семьи пациента являются главы по диагностике и природе психических заболеваний, ожидаемым результатам лечения, особенностям медикаментозного лечения и целям его применения к пациентам с ПТСР. Кроме того, они обычно содержат краткое описание психосоциальной и бихевиоральной терапии для лечения ПТСР, описание практических шагов по вовлечению членов семьи в процесс лечения, а также рекомендации других форм социализации и программ социальной поддержки с особым акцентом на создании сети социальных взаимосвязей для снижения изоляции и устранения поведения, направленного на избегание контактов с другими людьми, а также рекомендации по ведению здорового образа жизни и участию в деятельности местных групп самопомощи (см.: Marsh, 1998).

Исследования и клинические наблюдения свидетельствуют об эффективности включения методов психологического просвещения семьи в планируемое лечение. Дополнительной проверки требуют гипотезы о необходимости использования различных методов психологического просвещения при различных видах травм. Если принять во внимание увеличение числа кратковременных терапевтических процедур для лечения ПТСР, важным ресурсом усовершенствования методов лечения ПТСР становится постоянная и последовательная роль семьи как участника терапевтического альянса.

Развитие социальных навыков

Если клиент и клиницист приходят к выводу, что симптомы, связанные с ПТСР, приводят к изоляции человека от других людей или к избеганию им потенциально благополучных социальных взаимосвязей, следует применить

какую-либо из форм развития социальных навыков. Тренинг социальных навыков имеет богатую историю использования в лечении психических заболеваний (см., напр.: Paul, Lentz, 1977). Такого рода интервенции базируются на теориях социального обучения, на основе которых был разработан целый ряд отдельных техник, особенно для лиц с серьезными психическими расстройствами, например, шизофренией.

Эффективность тренинга социальных навыков в течение многих лет подтверждается многими рандомизированными контролируемые исследованиями, которые, однако, не проводились специально для ПТСР (для ознакомления с оценками современных подходов к развитию социальных навыков, а также типов интервенций см.: Dilk, Bond, 1996). Различные виды интервенций такого рода включают обсуждение в группах поддержки для улучшения социализации; жетонную систему вознаграждения¹; медикаментозное и симптоматическое лечение, а также планирование досуга и отдыха; объединение людей, переживших травм, в группу; создание проблемно-ориентированных групп, а также волонтерские программы (Johnson et al., 1997). Учитывая то, что тренинг социальных навыков эмпирически продемонстрировал свою эффективность по уменьшению социальной изолированности лиц с такими серьезными психическими заболеваниями, как шизофрения, можно предположить, что применение данных техник (особенно адаптированных) для лечения пациентов с ПТСР может быть весьма перспективным (Rothbaum, Foa, 1996).

Техники тренинга навыков требуют от ведущего прежде всего мастерства, а также пристального внимания к возможным последствиям и изменениям условий жизни пациента как результата тренинга. Ранее эффективность тренинга навыков была подтверждена в исследованиях, проводившихся на группах пациентов, которые относительно длительное время находились в стационаре. Поэтому остается открытым вопрос адаптации тренинга социальных навыков, применяемого в условиях стационара, к работе с амбулаторными пациентами. Одним из многообещающих направлений в данной области являются разработанные компьютеризованные программы Telehealth и Telemedicine² по развитию социальных навыков, основанные на техниках когнитивно-бихевиоральной терапии. Другим перспективным направлением является метод волонтерских программ, предложенный Джонсоном с соавт. (Johnson et al., 1997). Оценки состояния клиентов через год после окончания лечения показали, что «реабилитационные» интервенции оказались даже

Прием поведенческой терапии: выдача вознаграждения за желательное поведение — жетонов, обмениваемых на какие-то блага.

Дистанционное оказание практической медицинской помощи с использованием компьютерных сетей и средств видеоконференции.

более эффективными, чем «психотерапевтическое» лечение. Это позволяет утверждать, что техники по развитию социальных навыков особенно рекомендуются для людей, имеющих значительные/интенсивные симптомы социального избегания, связанные с ПТСР. В соответствии с принципами социального обучения, техники по развитию социальных навыков могут быть специально адаптированы для работы с симптомами избегания в каждом конкретном случае.

Техники профессиональной реабилитации

Как было показано в ходе специальных экспериментальных исследований техники профессиональной реабилитации особенно эффективны при лечении психических расстройств (см., напр.: Bell, Lysaker, 1996; Bell et al, 1996; Bell et al., 1993; Bond et al., 1997). Поскольку безработица, как и значительная «недозанятость», часто сопровождает ПТСР, то с людьми, переживающими последствия травмы, приходится решать проблемы профессиональной реабилитации. Подобно многим другим техникам, техники профессиональной реабилитации различаются по уровню сложности. Их можно представить в виде определенной шкалы, начинающейся со стимулирующих семинаров в тщательно структурированных условиях (см., напр.: Luo, Yu, 1994; Sauter, Nevid, 1991) и заканчивающейся временным трудоустройством (см., напр.: Bell, Lysaker, 1996). Все эти техники направлены на то, чтобы предоставить пациенту возможность работать, постепенно переходя от сравнительно несложных обязанностей в больнице к занятию компетентной должности с достойным уровнем оплаты при сохраняющейся специализированной поддержке (см., напр.: Bond, 1997; Drake et al, 1996; Li, Wang, 1994).

Все интервенции по профессиональной реабилитации могут быть легко применены не только для решения социальных и профессиональных проблем, связанных с ПТСР, но и для лечения основных симптомов ПТСР. Согласно выводам многих терапевтов, занимающихся лечением ПТСР, к его общим индикаторам следует относить: (1) значительную утрату навыков функционирования в социальной среде; (2) избегание социальных взаимодействий и (3) потерю смысла и цели жизни в результате травмы и ее последствий (см., напр.: Flannery, 1992; van der Kolk et al, 1996). Для профессиональной реабилитации необходимо, чтобы человек с ПТСР вовлекался в производственную деятельность, как правило, оплачиваемую, что позволяет ему восстановить способность к функционированию, по крайней мере в сфере занятости. Подобные программы, реализуемые специалистами по профессиональной реабилитации, состоят в проведении с пациентами групповых занятий, основанных на достижении общей цели и направленных на решение проблем всех членов группы, что позволяет снизить симптомы

избегания социальных взаимодействий и увеличить роль общения внутри группы во время групповой деятельности. Более того, с помощью профессиональной реабилитации делаются попытки решить проблему утраты смысла и цели жизни путем предоставления такого опыта, который способствует профессиональному самоопределению и помогает восстановить навыки функционирования в социальной среде (или по крайней мере в одной из ее значительных сфер) посредством трудовой деятельности. Эти техники позволяют операционализировать смысл жизни через представление его в контексте продуктов профессиональной деятельности. В свете всего вышесказанного неудивительно, что специальные клинические исследования продемонстрировали эффективность профессиональной реабилитации при лечении лиц с психическими расстройствами (см., напр.: Anthony et al., 1995; Drake, 1996; Lehman, 1995; Lysaker et al., 1993).

Техники профессиональной реабилитации настоятельно рекомендуются в качестве одного из направлений психосоциальной реабилитации при лечении ПТСР для безработных и недостаточно занятых пациентов (Brown, Schulberg, 1995), однако они противопоказаны тем, кто не хочет или не может заниматься оплачиваемой деятельностью, поскольку находится на пенсии или нетрудоспособен (см., напр.: Rosenheck et al., 1995).

Профессиональную реабилитацию можно успешно проводить по месту жительства, направляя людей с ПТСР в службы, финансируемые областными или федеральными программами профессиональной реабилитации. В настоящее время количество социальных программ по профессиональной реабилитации увеличивается. При этом программы по обеспечению занятости, предоставляющие весь спектр необходимых услуг, считаются более эффективными, чем те программы, которые ограничиваются лишь консультативными или посредническими услугами. Программы лечения, разработанные в этом направлении Администрацией по здоровью ветеранов (домашняя трудовая терапия, компенсаторная трудовая терапия и др.), и результаты их применения эмпирически доказывают полезность интеграции служб здравоохранения в единый центр — по крайней мере для ветеранов, многие из которых страдают от ПТСР и являются бездомными или безработными (Siebyl et al, 2000).

Индивидуализация программ комплексной социально-психиатрической и психологической помощи

Такой подход рекомендуется применять, когда есть основания полагать, что человек с ПТСР не будет или не может обращаться за вышеупомянутыми услугами и целенаправленно следовать амбулаторному плану лечения (помощь

в трудоустройстве, обеспечение жилищных условий, психологическое просвещение, развитие социальных навыков, услуги по работе с семьей, тренинг навыков самостоятельной жизни и т.д.). Проведение индивидуализированной программы комплексной помощи также необходимо тогда, когда пациент с ПТСР подвергается частой госпитализации по причине своей неспособности следовать амбулаторному плану лечения или самостоятельно обращаться к различным местным службам и пользоваться их услугами.

Создание индивидуализированной программы оказания пациенту комплексной социально-психологической и психиатрической помощи варьирует от (1) сравнительно простой координирующей работы, заключающейся в направлении клиента в соответствующие службы, до (2) более интенсивной работы, при которой специально подготовленный клиницист помогает клиенту выработать необходимые навыки психосоциальной реабилитации в домашних условиях или в его непосредственном окружении. Такие модели лечения были эмпирически валидизированы в условиях контролируемых (но без применения метода случайного отбора) исследований людей, переживших травму (см., напр.: Mueser et al, 1998).

Большинство исследований, которые эмпирически подтверждают необходимость создания индивидуализированной программы комплексной помощи клиенту, было проведено на людях с тяжелыми психическими расстройствами (Mueser et al, 1998), в том числе, возможно, и с ПТСР. Полученные данные показывают, что результаты лечения при составлении полной индивидуализированной программы комплексной помощи клиенту более благоприятны, чем при применении простой формы помощи, состоящей лишь в направлении клиента в различные службы. Методики создания таких программ комплексной помощи клиенту продемонстрировали свою эффективность в снижении тяжести симптоматики и сокращении периода госпитализации, а также в успешном решении жилищных проблем для бывших бездомных людей. Вместе с тем полученные данные не позволяют заключить, что разработка индивидуализированной программы комплексной помощи улучшает профессиональную адаптацию или социальное функционирование (Mueser et al, 1998). Хотя весь комплекс причин сокращения срока госпитализации и снижения выраженности симптоматики в результате применения ориентированной на индивидуальные особенности пациента программы комплексной помощи до сих пор не выявлен, большинство исследователей называет следующие: (1) более профессиональный подход к решению конкретных проблем пациента (в отличие от аморфного направления клиента в другие службы, которые могут быть не такими проблемно-ориентированными, как помощь человека, создающего индивидуальную комплексную программу); (2) более интегрированный подход, а не фрагментарное использование отдельных методик (в соответствии с общими выводами исследований психосоциальной

реабилитации, которые показывают, что всесторонний подход дает лучшие результаты, чем применение отдельных методик); (3) периодические потребности клиента в специальных интервенциях вследствие сопутствующего злоупотребления химическими веществами, влияющими на успех лечения и реабилитацию (Ashery, 1992); (4) отношения с травмированным человеком строит один специалист, а не несколько; (5) и, наконец, самое главное — создание индивидуализированной программы комплексной помощи реализуется на основе собственной мотивации клиента, его включенности в процесс, и учитывает фактор свободного выбора клиентом первостепенных целей и методов лечения. Более простые формы индивидуальных программ комплексной помощи разрабатываются скорее как методы воздействия на пациента, направленные на сокращение периода госпитализации и минимизацию количества посещений амбулаторных больных; наиболее простые формы такой работы являются предписательными (т.е. заключаются в указаниях клиентам, что им следует сделать). В отличие от этого, программы комплексной помощи клиенту носят более интерактивный характер, концентрируются на проблемах клиента и вовлекают его в интенсивный процесс реабилитации (Mueser et al., 1998). Результаты исследований показывают, что полные программы комплексной помощи клиенту имеют больше преимуществ по сравнению с их более простыми формами, но только в том случае, если это делается в интересах клиента, а не учреждения, предлагающего такого рода помощь. Выявление данной тенденции в клинических исследованиях позволяет заключить, что при лечении ПТСР для решения конкретных проблем, связанных с данным расстройством, может быть рекомендовано создание индивидуальной программы комплексной помощи клиенту с использованием техник психосоциальной реабилитации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Большинство техник психосоциальной реабилитации было разработано для лечения психических расстройств в целом, а не специально для лечения ПТСР, однако сейчас эти техники представляют обширную базу, из которой клиенты и клиницисты совместно могут выбирать интервенции при планировании лечения для решения подобных проблем, возникающих у людей с ПТСР. Техники психосоциальной реабилитации располагаются в диапазоне от интервенций, направленных на решение очень узкого круга проблем (например, предотвращение рецидива или достижение согласия по поводу медикаментозного лечения) до более широких по своим возможностям интервенций (например, общее сокращение симптоматики).

Обзоры, клинические наблюдения и исследования подтверждают, что техники психосоциальной реабилитации могут с успехом применяться при

лечении ПТСР. Однако необходимо дополнительно исследовать эффективность их воздействия на людей, страдающих ПТСР, и сравнить эти результаты с результатами рандомизированных, контролируемых исследований, полученных от лиц с другими формами психических расстройств. Несмотря на недостаток рандомизированных, контролируемых исследований, техники социальной реабилитации активно используются клиницистами наряду с применением и других, эмпирически валидизированных методов лечения ПТСР в контексте социальной реабилитации, наряду с поддержанием мотивации клиента и его активного включения в процесс реабилитации на всех стадиях. Техники психосоциальной реабилитации сами по себе легко подвергнутся критике ввиду их недостаточной диагностической точности. Перестройка интервенций психосоциальной реабилитации для людей с ПТСР может повысить их эффективность. Необходимо модифицировать данные техники в соответствии со спецификой лечения последствий психической травмы и провести исследования по сравнению эффективности измененных техник с их исходной версией при соблюдении требований рандомизации и контроля.

Современная практика лечения безработных людей с тяжелыми психическими расстройствами требует применения интервенций профессиональной и трудовой реабилитации. Лечение может быть более эффективным в том случае, если мы будем учитывать проявления симптомов ПТСР в процессе поиска и выбора пациентом работы. Для этого терапевт и клиент вместе должны разработать способы совладания с проявлениями ПТСР у пациента, которые могут появляться у последнего во время поиска им работы или на рабочем месте. Фокусирование профессиональной реабилитации на ПТСР требует, чтобы клиент и клиницист правильно идентифицировали травматические сигналы, или триггеры, на рабочем месте для того, чтобы проблемы, возникающие от незаживших еще воспоминаний о травме, человек научился предвидеть и контролировать в курсе трудовой реабилитации.

Примерами могут служить программы профессиональной реабилитации женщин — жертв изнасилований, которые включают программы по ресоциализации, направленные на решение любых проблем, возникающих при совладании с повышенной сензитивностью во взаимодействиях между мужчиной и женщиной. Другим примером могут служить программы трудовой подготовки участников военных действий с ПТСР для работы в школах. Участники военных действий приобретают навыки проведения занятия с детьми для обучения их способам борьбы со случаями бытового насилия.[^]

Включая другие методы лечения ПТСР в процесс психосоциальной реабилитации, клиницисты могут усовершенствовать как традиционные интервенции для ПТСР, так и те техники психосоциальной реабилитации, которые были выбраны в качестве соответствующих данному случаю. Такие

методы, адаптированные для ПТСР, весьма успешно способствуют объективному улучшению и развитию эмоциональных привязанностей, увеличению социальных взаимодействий и обеспечивают возможности для обучения новым способам уверенного функционирования в своей социальной среде.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Техники психосоциальной реабилитации, рассмотренные здесь, настоятельно рекомендуются в тех случаях, когда выясняется, что клиенты с ПТСР испытывают дефицит в какой-либо сфере жизни, осознали это и установили цели преодоления этих проблем. Структурированные интервью для диагностирования ПТСР, такие, как Шкала клинической диагностики ПТСР (CAPS-1), Структурированное клиническое интервью по DSM-IV (SCID), Программа диагностического интервью (DIS) помогают в получении информации о том, является ли ПТСР причиной трудностей в психосоциальном функционировании. Но могут понадобиться дополнительные интервью или другие методы оценки, выявляющие особенности адаптации пациента дома или в обществе, как, например, Показатель тяжести аддикции и Шкала качества жизни (Keane et al., 1997). Кроме того, использование вопросов из таблицы 11.1 может быть достаточным для определения методов, которые следует порекомендовать. Лишь в редких случаях какая-либо из названных здесь проблем не идентифицируется ни клиентом, ни клиницистом при планировании лечения. Такими исключениями могут быть случаи, когда клиенты не распознают у себя следующие проблемы: некоторые люди могут не хотеть, не нуждаться и не быть способными вернуться к работе по различным причинам; другие могут не обладать достаточными когнитивными способностями или эмоциональными ресурсами, необходимыми для участия в рекомендуемых им программах психологического просвещения; третьи могут не иметь семьи, чья поддержка могла бы быть рекомендована терапевтом; а кто-то может чувствовать себя настолько беззащитным, что будет совершенно неподатлив лечению. (Однако что касается неподатливости лечению/реабилитации, мы обнаружили: по крайней мере, для безработных людей с ПТСР методы профессиональной реабилитации, как правило, являются более привлекательными, чем другие терапевтические техники.)

Техники психосоциальной реабилитации касаются настолько базовых "Фундаментальных" проблем, что часто возникает вопрос о том, будут ли "К)ди с ПТСР активно участвовать в других формах лечения, если они останутся бездомными, безработными, а также будут продолжать совершать Действия и поступки, причиняющие им вред. Когда клиентом и клиницистом идентифицируется любая из этих базовых проблем, необходимо использовать техники психосоциальной реабилитации.

Ю- 7065

Но для того, чтобы техники психосоциальной реабилитации были по-прежнему эффективны, необходимо разработать и провести экспериментальные исследования. Должны быть созданы интервенции, специально направленные на лечение травмы и оценена их эффективность при лечении ПТСР. Общие положения психосоциальной реабилитации были разработаны и апробированы как средства широкого спектра применения; однако в настоящее время необходимо выработать эффективные психосоциальные интервенции, направленные на преодоление трудностей в социальном функционировании, предназначенные специально для ПТСР. Новые экспериментальные исследования техник психосоциальной реабилитации для ПТСР должны сравнить эффективность разработанных средств реабилитации с техниками психосоциальной реабилитации, направленными на лечение травмы. Существующие на сегодняшний день техники, направленные на лечение травмы, не были эмпирически валидизированы в качестве более эффективных, чем техники психосоциальной реабилитации в их оригинальной форме. Следовательно, «следующее поколение» исследований, оценивающих эффективность методов психосоциальной реабилитации для ПТСР, должно начаться с создания новых и адаптации старых техник и пособий, направленных на лечение травмы, а также разработки тестов эмпирической валидации и сравнения «старых» техник с «новыми» при их применении на различных стадиях восстановления для пациентов с ПТСР. Будучи эмпирически валидизированными, такие экспериментальные усилия могут стать основой разработки специальных пособий по реабилитации, а также способны усовершенствовать клинические методы лечения ПТСР (см., напр.: Wang et al., 1996).

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ

Перспективные направления исследований в области психосоциальной реабилитации и ПТСР затрагивают следующие аспекты (но не ограничиваются ими):

1. « Оценка потребностей» в психосоциальной реабилитации среди людей с ПТСР должна проводиться на национальной, репрезентативной выборке. Одним из примеров такого рода исследований является «Общенациональное исследование проблем реадaptации вьетнамских ветеранов» (NVVRS), в котором были детально изучены многие психологические трудности в социальном функционировании таких пациентов (например, жилищные или профессиональные). Используя обширные данные NVVRS по «Распространенности других послевоенных проблем реадaptации», необходимо провести подобную¹⁰ оценку потребностей людей с основными типами посттравматических стресс

совых расстройств (например, у жертв насилия, стихийных бедствий и т. д.), а также людей с различными видами сопутствующих расстройств (например, только ПТСР, ПТСР в сочетании со злоупотреблением химическими веществами, ПТСР в сочетании с шизофренией). Предполагается, что потребность в службах психосоциальной реабилитации может быть различной в зависимости от социоэкономического статуса, возраста, образования пациента, как это было обнаружено в исследовании NVVRS.

2. Как было отмечено ранее, необходимо разработать и апробировать пособия по психосоциальной реабилитации, подобные, например, изданным Национальным институтом по злоупотреблению алкоголем, а также Проектом по алкоголизму (MATCH), с помощью критериев уровня А по классификации АНСПР с использованием рандомизации и групп сравнения. Для тех форм психосоциальных услуг, которые не могут рассматриваться как собственно лечение (например, услуга по обеспечению нормальными жилищными условиями), необходимо разработать общепроцедурные инструкции, включающие рекомендации по работе с людьми, страдающими ПТСР.

3. Следует создать обучающие программы по применению техник психосоциальной реабилитации для клиницистов, работающих с людьми, страдающими ПТСР. Исследования эффективности лечения других психических расстройств у лиц со значительными трудностями в психосоциальном функционировании показывают, что совмещение процесса лечения с методами психосоциальной реабилитации приводит к более благоприятному исходу терапии, чем фрагментарная работа над отдельными проблемами, проводимая различными службами. Терапевты также должны научиться адаптировать техники психосоциальной реабилитации таким образом, чтобы человек научился с их помощью справляться с симптомами ПТСР. Необходимо обучить терапевтов техникам психосоциальной реабилитации, а также разработать стандарты для оценки их профессиональности и компетентности в использовании этих техник. Терапевты могут быть не осведомлены о методических основах, заложенных при разработке техник психосоциальной реабилитации, подразумевающих большую роль личного выбора, мотивацию и включенность клиента в совместный процесс планирования и реализации программы реабилитации.

4. Используя концепцию определения необходимого уровня профессиональной помощи, предложенную InterQual и Американским обществом лечения аддикций (American Society of Addiction Medicine — ASAM), необходимо разработать критерии для определения уровня заболевания пациента в целях планирования лечения. Такие критерии должны включать инструкции по определению необходимых методов психосоциальной реабилитации в зависимости от тяжести симптомов и характера ПТСР (непосредственно при возникновении расстройства, ослаблении, рецидиве и др.), основанные на-

на объективных стандартизированных индикаторах потребности в профессиональной помощи.

5. Методы психосоциальной реабилитации при ПТСР (и, возможно других сопутствующих расстройствах) должны быть классифицированы таким образом, чтобы для каждого уровня потребности в профессиональной помощи можно было порекомендовать соответствующую комбинацию техник Исследования аддикций показывают, что лечение ветеранов, страдающих злоупотреблением химическими веществами и ПТСР, обходится дороже, если не начать сразу же применять техники, соответствующие их состоянию Эти данные выявляют необходимость поиска баланса между потребностями в помощи и способами их удовлетворения. Конечный продукт таких исследований должен представлять собой систему компьютеризованных алгоритмов выбора соответствующих методов лечения. Необходимо исследовать сравнительную эффективность затрат и результатов техник психосоциальной реабилитации, используя такие перспективные оценочные подходы, как модель «кумулятивного блокового приращения» (Gastfriend, McLelland, 1997).

6. Профессиональные организации должны разработать доказательную базу для эмпирической валидации техник психосоциальной реабилитации при ПТСР. В настоящее время эти техники не вызывают должного внимания. Было бы печально, если перспективный комплекс интервенций, хорошо зарекомендовавший себя для других психических расстройств, так и останется недоступным для терапевтов, занимающихся лечением ПТСР.

БЛАГОДАРНОСТИ

Мы выражаем признательность нашим коллегам из Клиники для ветеранов им. Эдит Ноурс Роджерс в Бедфорде, штат Массачусетс: Арлин Девлин, Грегори Байнасу, Лоуренсу Херцу, Дугласу Биману, Эдварду Фидерману, Долли Садов, Кристоферу Бойду, Чарльзу Дребингу, Эсти Шарон, Алисе ван Ормер, Кристоферу Кребсу и Джудит Макнамара Бредли.

Мы выражаем благодарность Теренсу М. Кину, Моррису Беллу, Киму Мьюсеру и Уильяму Энтони за их помощь при подготовке текста. Мы также благодарим Жаклин Коггин за редакторскую работу.

""Т. " •

ЛИТЕРАТУРА

Allen]. G., Kelly K. A., Glodich A. (1997, Spring). A psychoeducational program for patients with trauma-related disorders. Bulletin of the Menninger Clinic, 61(2). 222-39.

- дтепсап Psychiatric Association. (1996). Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153(10; Suppl), 1-31.
- Anthony W. A., Rogers E. S., Cohen M., Davies, R. R.* (1995). Relationships between psychiatric symptomatology, work skills, and future vocational performance. *Psychiatric Services*, 46(4), 353-358.
- Ashery R S.* (Ed.). (1992). Progress and issues in case management (NIDA Research Monograph 127, DHHS Publication No. ADM 92-1946). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Atkinson J. M., Coia D. A., Gilmour W. H., Harper J. P.* (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Ayllon T., Azrin N. H.* (1968). The token economy. New York. Appleton-Century-Crofts.
- Bass E., Davis L.* (1988). The courage to heal: A guide for women survivors of child abuse. New York: Harper & Row.
- Bell M., Lysaker P.* (1996). Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation*, 19(3), 71-76.
- Bell M. D., Lysaker P. H., Milstein R. M.* (1996). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 51-67.
- Bisbee C. C* (1991). Educating patients and families about mental illness: A practical guide. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Bond G. D. R.* (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48(3), 335-345.
- Bond G. R., Drake R. E., Becker D. R., Mueser K. T.* (1997). Effectiveness of psychiatric rehabilitation approaches for employment of people with severe mental illness. Manuscript submitted for publication.
- Broocks A., Bandelow B., Pekrun G., George A., Meyer T., Bartmann U., Hillmer-Vogel U., Ruther E.* (1998, May). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 603-609.
- Brown C, Schulberg H. C* (1995). The efficacy of psychosocial treatments in primary care. A review of randomized clinical trials. *General Hospital Psychiatry*, 17(6), 414-424.
- Byrne C, Brown B., Voorberg N., Schofield R.* (1994). Wellness education for individuals with chronic mental illness living in the community. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(3), 239-252.
- Cates J. A., Graham L. L.* (1993). HIV and serious mental illness: Reducing the risk. *Community Mental Health Journal*, 29(1), 35-47.
- Committee on Accreditation of Rehabilitation Facilities. (1998). CARF standards for rehabilitation services. Tucson, AZ: Author.
- Dilk M N., Bond G. R.* (1996), Meta-analysis of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346.
- Drake R. E.* (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 390-398.
- Drake R. E., McHugo G.J., Becker D. R., Anthony W. A.* (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 391-399.

- Eckman T. A., Wirshing W. C, Marder S. R., Liberman R. P., Johnston-Cronk K., Zimmerman* K., Mintz J.* (1992). Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: A controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1549-1555
- Falloon I. R. H.* (1999). Optimal treatment for psychosis in an international demonstration project. *Psychiatric Services*, 50, 615-618.
- Flannery R. B.* (1992). *Post-traumatic stress disorder: The victim's guide to healing and recovery*. New York: Crossroads.
- Flannery R. B.* (1998). *The Assaulted Staff Action Program (ASAP): Coping with the psychological aftermath of violence*. Ellicott City, MD: Chevron.
- Foa E. B., Rothbaum B. O., Riggs D. S., Murdoch G. B.* (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: Comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Gastfriend D. R., McLellan A. T.* (1997). Treatment matching: Theoretic basis and practical implications. *Medical Clinics of North America: Alcohol and Other Substance Abuse* 81, 945-966.
- Goisman R. M., Kent A. B., Montgomery E. C, Cheevers M. M.* (1991). AIDS education for patients with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 27(3), 189-197.
- Goldfinger S. M., Schutt R. K., Tolomiczenko G. S., Turner W., Ware N., Penk W. E., Abelman M. S., Avruskin T. L., Breslau J., Caplan B., Dickey B., Gonzalez Q Good B., Hellmann S., Lee S., O'Bryan M., Seidman L.* (1997). Housing persons who are homeless and mentally ill: Independent living or evolving consumer households? In W. R. Breakey, J. W. Thompson (Eds.), *Mentally ill and homeless: Special programs for special needs* (pp. 29-49). Amsterdam: Harwood.
- Goldfinger S. M., Schutt R. K., Tolomiczenko G. S., Seidman L., Penk W. E., Turner W., Caplan B.* (1999). Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 674-679.
- Goldman C R., Quinn F. L.* (1988). Effects of patient education program in treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 282-286.
- Halford W. K., Harrison C, Kalyansundaram M. B., Olive M., Simpson S.* (1995). Preliminary results for a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatric Services*, 46(11), 1189-1191.
- Harris M.* (1998). *Trauma recovery and empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*. New York: Free Press.
- Herman J. L.* (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horvath T.* (Chair). (1997a). *The VHA clinical guidelines for major depressive disorder, post-traumatic stress disorder and substance abuse*. Washington, DC: Mental Health Strategic Health Group.
- Horvath T.* (Chair). (1997b). *The VHA clinical guidelines for the management of persons with psychoses*. Washington, DC: Mental Health Strategic Health Group.
- International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. (Eds.). (1994). *An introduction to psychiatric rehabilitation*. Columbia, MD: Author.
- Johnson D. R., Rosenheck R., Fontana A.* (1997). Assessing the structure, content, and perceived social climate of residential PTSD treatment programs. *Journal of Traumatic Stress*, 70, 361-376.

- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. (Ed.). (1993). Principles of biopsychosocial rehabilitation. Chicago: Author.
- fclichman S. C, Sikkema K.J., Kelly J. A., Bullo M.* (1995). Use of brief behavioural skills intervention to prevent HIV among chronic mentally ill adults. *Psychiatric Services*, 46(3), 275-280.
- fyane T. M., Newman E., Orsillo S. M.* (1997). Assessment of military related post-traumatic stress disorder. In J. P. Wilson, T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 267-290). New York: Guilford Press.
- Kelly G. R., Scott J. E.* (1990). Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Medical Care*, 28(12), 1181-1197.
- Lehman A. F.* (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 645-656.
- Li F., Wang M.* (1994). A behavioral training programme for chronic schizophrenia patients: A three-month randomised controlled trial in Beijing (M. R. Phillips, Trans.). *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 24), 58-67.
- Lieberman R. P., Wallace C J., Blackwell G. A., Eckman T. A., Vaccaro T. V., Kuehnel T. G.* (1993). Innovations in skills training: The UCLA Social and Independent Living Skills Modules. Camarillo, CA: Psychiatric Rehabilitation Consultants.
- Luo K., Yu D.* (1994). Enterprise-based sheltered workshops in Nanjing: A new model for the community rehabilitation of mentally ill workers. *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl. 24), 89-95.
- Lysaker P., Bell M., Milstein R., Bryson G.* (1993). Work capacity in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(3), 278-280.
- MacPherson R., Jerrom B., Hughes A.* (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168(6), 709-717.
- Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S.* (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317-325.
- Marsh D. T.* (1998). *Serious mental illness and the family: The practitioner's guide*. New York: Wiley.
- Matsakis A.* (1996). *"I can't get over it": A handbook for trauma survivors* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Press.
- Marlatt G. A., Gordon J. R.* (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlow R. M., West J. A., Corrigan S. A., Pena J. M., Cunningham S. C.* (1994). Outcome of psychoeducation for HIV risk reduction. *AIDS Education and Prevention*, 6(2), 113-125.
- McDougall S.* (1992). The effect of nutritional education on the shopping and eating habits of a small group of chronic schizophrenic patients living in the community. *British Journal of Occupational Therapy*, 55(2), 62-68.
- McFarlane A. C.* (1994). Individual psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 393-408.
- Mitchell J. T., Bray G. R.* (1990). *Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Mueser K. T., Bond G. R., Drake R. E., Resnick S. G.* (1998). Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 31-14.
- Mueser K. T., Glynn S. M.* (1999). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders* (2nd ed.). Oakland, CA: New Harbinger Press.
- National Institute on Drug Abuse (1996). *Therapy manuals for drug addiction: Manual 1 A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Washington, DC: U S Government Printing Office.
- National Institute on Drug Abuse. (1996). *Therapy manuals for drug addiction: Manual 2 A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Nowinski J., Baker S., Carroll K.* (1994). *Twelve-step facilitation therapy manual* (Vol. 1 NIAA Project MATCH Monograph, NIH Publication No. 94-3722). Washington! DC: U.S. Government Printing Office.
- Paul S. M., Lentz R.* (1977). *Psychosocial treatment of the chronic mental patient*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Penk W. E., Losonczy M.* (Eds.). (1997). *Psychosocial Rehabilitation Checklist in the psychosocial rehabilitation*. In T. Horvath (Ed.), *Management of persons with psychoses: Clinical guidelines*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs.
- Rosenheck R., Frisman L., Sindelar J.* (1995). Disability compensation and work among veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatric Services*, 46(4), 359-365.
- Rosenheck R., Siebyl C L.* (1998). Participation and outcome in a residential treatment and work therapy program for addictive disorders: The effects of race. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1029-1034.
- Rothbaum B. O., Foa E. B.* (1996). *Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder*. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 491— 509). New York: Guilford Press.
- Runder B. R., Moe L., Sollien T., Fjell A., Borchgrevink T., Hallert M., Naess P. O.* (1994). The Psychosis Project: Outcome and cost effectiveness of psychoeducational program for schizophrenic adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(3), 211-218.
- Sauter A. W., Nevid J. S.* (1991). Work skills training with chronic schizophrenic sheltered workers. *Rehabilitation Psychology*, 36(4), 255-264.
- Schutt R. K.* (1996). *Investigating the social world*. Los Angeles, C A: Pine Forge Press.
- Schutt R. K., Garrett G. R.* (1992). *Responding to the homeless: Policy and practice*. New York: Plenum Press.
- Siebyl C I., Rosenheck R., Medak S., Cornel L.* (2000, May). *Health Care for Homeless Veterans Programs: The eleventh annual report, draft for concurrence*. West Haven, CT: Department of Veterans Affairs, NEPEC, VA Medical Center, West Haven, Connecticut.
- Tarrier N., Pilgrim H., Sommerfield C, Faragher B., Reynolds M., Graham E., Barrowclough C.* (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.

van derKolk B. A., McFarlane A. C, van derHart O. V. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (pp. 417-440). New York: Guilford Press.

Wang S., Wilson J. P., Mason J. W. (1996). Stages in decompensation in combat-related PTSD: A new conceptual model. Integrative Physiological and Behavioral Science, 31, 237-253.

Гипноз

Этзел Кардена, Хосе Мальдонадо, Отто ван дер Харт, Дэвид Шпигель

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Феномен гипноза наблюдался на протяжении многих веков, однако систематическая разработка клинических основ применения гипноза и проведение исследований в этой области были начаты только в XIX в. (Ellenberger, 1970). В контексте посттравматической симптоматики техники гипноза использовались при психологическом лечении боевого шока, боевой усталости, травматических неврозов, или — по более современному определению — посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и диссоциативных симптомов и расстройств (см., напр.: Brende, 1985; Spiegel, Spiegel, 1987). В этой главе мы рассмотрим феномены гипноза и связанные с ними конструкты, соотнесем их с диссоциативной и посттравматической симптоматикой, а также приведем доводы в пользу применения гипноза при лечении ПТСР. Прежде всего необходимо внести ясность в терминологию: следует различать «гипноз» как специфическую процедуру, «гипнотические феномены» как феномены поведения и переживаний, возникающие в контексте процедуры гипноза, «гипнозоподобные феномены» как явления, сходные с гипнозом, но возникающие в других обстоятельствах, а также понятия «гипнабель-ность», «гипнотическая восприимчивость», или «гипнотическая отзывчивость» как способность реагировать на ряд суггестии (внушений) в контексте формальной процедуры гипноза.

Гипноз был определен Отделением № 30 Американской психологической ассоциации как «процедура, во время которой профессиональный врач или исследователь делает клиенту внушение, в соответствии с которым он должен почувствовать изменения в ощущениях, восприятии, мыслях или поведении. Гипнотическая ситуация обычно устанавливается с помощью процедуры индукции» (Kirsch, 1994, p. 143). Гипнотические процедуры могут вызывать состояние повышенной, сфокусированной концентрации внимания при относительном подавлении периферического осознания и повышенной чувствительности к внушениям (Spiegel, 1994; Spiegel, Cardena, 1990). Обозначение ситуации как «гипнотической» и инструкции, направленные на то, чтобы человек перестал думать о повседневных заботах, а вместо этого сфокусировался на предлагаемых терапевтом внушениях расслабиться, сконцентрировавшись или сосредоточившись на чем-либо, например, на тикании метронома,— обычные компоненты гипнотических индукций. Процедура индукции может быть более или менее формальной. Несмотря на некоторые утверждения обратного, нет доказательств того, что косвенные внушения и отсутствие гипнотической ситуации являются более эффективными, чем прямые внушения и четкое обозначение ситуации как гипнотической (Matthews et al, 1985).

Гипнотические индукции обычно включают информацию о том, что пациент должен игнорировать посторонние факторы и концентрировать внимание на поведении и переживаниях, предлагаемых терапевтом. Примером обычного способа наведения гипнотической индукции может служить применение Гарвардской групповой шкалы гипнотической восприимчивости (Shor, Orne, 1962). Ее начальная стадия включает установление раппорта и краткое объяснение сущности процедуры гипноза (например, то, что она основана на внушении и что гипнотические переживания могут отличаться от того, с чем мы сталкиваемся в повседневной жизни). Затем следует более формализованная процедура: индивидууму сообщают, что он начнет постепенно расслабляться и погружаться в состояние гипноза по мере того, как будет выполнять инструкции на расслабление мышц всего тела и закроет глаза. После этого гипнотизер считает от 1 до 20 для того, чтобы «углубить» гипнотическое переживание. Следующая стадия состоит из определенных внушений, направленных на изменение восприятия, поведения и когнитивных процессов. Этот и другие методы индукции через релаксацию требуют довольно много времени. Однако существуют и менее продолжительные процедуры, как, например, способ индукции, применяемый при проведении Методики Профиль гипнотической индукции (НП), занимающий примерно Минуту. Во время гипнотического сеанса пациент закрывает глаза, медленно скрывает их во время глубокого вдоха, расслабляет глаза во время выдоха и испытывает постепенное изменение ощущений (Spiegel, Spiegel, 1987).

Хотя гипнотические индукции обычно содержат внушения на достижение релаксации, тем не менее достаточно эффективными являются и внушения сосредоточения внимания и выполнения определенных действий. В этой модальности гипнотизер просит сосредоточиться: клиент побуждается проявлять физическую активность, например, крутить педали велотренажера или равномерно двигать рукой (Cardena et al., 1998). Процедуры, усиливающие психическую бдительность и физическую активность, особенно рекомендуются людям, которые легко засыпают, имеют пониженное кровяное давление, находятся в состоянии депрессии или просто предпочитают релаксации активность и бдительность.

В отношении клинического использования гипноза, определение Отделения № 30 утверждает, что «гипноз не является видом терапии, подобно психоанализу или бихевиоральной терапии. Это процедура, которая может быть использована для содействия терапии... Клинический гипноз должен применяться только специально подготовленными и опытными терапевтами-профессионалами... которые были обучены клиническому использованию гипноза и работают в области своей профессиональной компетенции» (Kirsch, 1994, p. 143).

Гипнотические феномены — это поведенческие, когнитивные и чувственные изменения, которые либо появляются, либо усиливаются посредством гипнотической индукции. В ряде исследований были описаны эти общие изменения у «гипнотизируемых» индивидуумов: (1) чувство подчинения или повышенная внушаемость; (2) ослабление рефлексивного осознания, связанного с погружением во внушаемые переживания; и (3) множество необычных переживаний, включая изменения в телесных ощущениях, ощущении времени, а также диссоциативные переживания, такие, как ощущение отделенное™ от самого себя или от окружающего мира (Cardena, Spiegel, 1991). Поскольку некоторые люди не восприимчивы к процедурам гипноза или могут активно сопротивляться внушениям, нет гарантии, что процедура гипноза вызовет ожидаемые реакции у любого человека.

Гипнозоподобные явления могут возникать спонтанно вслед за негипнотическими событиями, особенно у высокогипнабельных лиц. Гипнозоподобные явления — это поведение или переживания, сходные с теми, которые происходят в ситуации гипноза (изменение восприятия, повышенная внушаемость, ограниченный и непрерывный фокус внимания), но могут произойти и в других ситуациях. Как будет описано ниже, ряд острых и хронических травматических реакций имеют сходные черты со специально вызванными феноменами гипноза. Важно понимать, что гипнозоподобные явления могут возникать и при отсутствии гипнотической ситуации, особенно у высокогипнабельных лиц и во время травматических ситуаций.

И, наконец, *гипнабельность* и *восприимчивость к гипнозу* относятся к неоспоримым доказательствам валидных и достоверных индивидуальных

различий в реакциях на гипнотические внушения. Используя стандартизированную индукцию и процедуры внушения, исследователи обнаружили, что около 25% индивидуумов демонстрируют степень гипнабельности от значительной до очень высокой, около 50% характеризуются умеренным уровнем, а 25% имеют низкую гипнабельность либо совсем невосприимчивы к гипнозу (Hilgard, 1965). Было замечено также, что некоторые высоко-гипнабельные индивидуумы склонны иметь гипнозоподобные переживания и вне гипнотической ситуации (Spiegel, Spiegel, 1987; Tellegen, Atkinson, 1974), что гипнабельность имеет позитивную корреляцию с спонтанными или необычными событиями, включая паранормальные переживания и тенденцию к стиранию различий между состояниями сознания (см., напр.: Cardena, 1993; Pekala et al., 1995).

Восприимчивость к гипнозу может изменяться в течение жизненного цикла. Наибольший уровень гипнабельности наблюдается во время позднего детства, достигая пика у детей 12 лет. После следующего за этим периода спада уровень стабилизируется уже во взрослом возрасте и с тех пор почти не изменяется (Hilgard, 1965). Тест-ретестовое исследование показало корреляцию 0,71 для двух испытаний, одно из которых проводилось в студенческие годы испытуемых, а другое 25 лет спустя (Piccione et al., 1989).

ГИПНОЗ, ДИССОЦИАЦИЯ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ

Некоторые первые исследователи современной психопатологии (например, Пьер Жане, Джозеф Брейер и Зигмунд Фрейд, Мортон Принц) обращались к триаде «гипноз — диссоциация — травма» и разработали теории, объясняющие их взаимосвязь (Breuer, Freud, 1895/1982; Janet, 1889/1973; van der Hart, Horst, 1989; van der Kolk, van der Hart, 1989). Шпигель и Кардена (Spiegel, Cardena, 1991) отметили, что о психической травме можно говорить тогда, когда человек становится жертвой чьего-либо гнева, организованной агрессии или слепых сил природы. Беспомощность, вызванная травматическими переживаниями, может привести к неожиданным трудностям в нормальном способе протекания процессов восприятия, мышления, эмоций и взаимоотношений (Maldonado, Spiegel, 1994). Экспериментальные данные и материалы обследований позволяют предположить, что травматические и стрессовые события на самом деле сужают фокус внимания их жертвы^с последующим игнорированием другой информации (Cardena, Spiegel, 1993; Christianson, Loftus, 1987; Classen et al., 1998; Koopman et al., 1996), и эти процессы, связанные с вниманием, подобны тем, что происходят во время сеанса гипноза (Cardena, Spiegel, 1991; Nijenhuis, van der Hart, 1999).

Сужение внимания, особенно если оно сохраняется дольше нескольких секунд, связано с изменениями в сознании, включая и диссоциативные феномены. В качестве описательного конструкта «диссоциация» была определена как изменение в сознании, характеризующееся ощущаемым разделением или разъединением с самим собой и/или с окружающей средой (Cardena, 1994). Теоретически диссоциация определяется как «структурированная сепарация психических процессов, которые в обычном состоянии являются интегрированными» (Spiegel, Cardena, 1991, p. 367). Диссоциативные феномены включают изменения в восприятии себя и окружающего мира, в физических ощущениях, воле памяти, эмоциях и идентичности (Butler et al., 1996; Cardena, 1997). Последние исследования в русле концепции соматоформной диссоциации выявили специфическую диссоциативную соматическую симптоматику, такую, как недостаток ощущений или двигательного контроля (Nijenhuis et al., 1996).

Начиная с Жана Ганет^{анет}, 1889/1973), ряд авторов неразрывно связывают диссоциацию с травматическими событиями. Непосредственно во время или вскоре после травмирующего события значительная часть людей испытывают диссоциативные изменения, включая воспринимаемое (или пассивное) состояние отделенности и изменения в памяти и восприятии (см., напр.: Cardena, Spiegel, 1993; Foa, Hearst-Ikeda, 1996; Spiegel, Cardena, 1991). Многие такие изменения часто описываются в литературе по гипнозу, включая изменения в восприятии времени, сужение фокуса внимания, отрешенность и замедление реакций (Cardena, 1995). В связи с этим Нэш (Nash, 1992, p. 150) отмечал, что «описание пациентами некоторых патологических (мы бы добавили здесь — посттравматических) состояний, часто напоминает описания обычными людьми тех переживаний, которые они испытывали во время гипноза».

Кроме того, существуют доказательства того, что диссоциация, сопровождающая травму, является значимым предиктором развития ПТСР — фактором, который был учтен в последних диагностиках острого стрессового расстройства (см. напр.: Bremner et al., 1992; Classen et al., 1998; Koopman et al., 1996; Marmar et al., 1994; Shalev et al., 1996; Staab et al., 1996). Значительная амнезия после отдельных эпизодов травмы встречается нечасто (см., напр.: Cardena et al., 1997), однако могут проявляться другие формы диссоциации. Ван дер Харт с коллегами сформулировали модель, включающую три уровня диссоциации личности (см., напр.: van der Hart et al., 1998), в которой первичная диссоциация — это диссоциация состояний травматической памяти с доступной сознанию автобиографической нарративной системой памяти (т.е. классическая амнезия). Вторичная диссоциация — это нарушение ассоциаций внутри системы травматической памяти, т.е. дробление и фрагментация компонентов памяти, интегрированных в нормальном состоянии (поведения, аффектов, ощущений, знаний). Третичная диссоциация — это дробление и фрагментация системы саморепрезентации, как это происходит,

например, при диссоциативном расстройстве идентичности. Большинство нехронических диссоциативных реакций чаще всего включает вторичную диссоциацию, а не два других типа. Жертвы травмы не только склонны переживать или даже сознательно использовать диссоциацию, им присущ также и высокий уровень гипнабельности, как это фиксировалось в течение длительного времени у лиц с посттравматической симптоматикой (см., напр.: Ross, 1941). Джил и Бренман (Gill, grenman, 1961) предоставили некоторые неформальные математические доказательства таких наблюдений. Современные и систематические исследования подтвердили эти клинические наблюдения. Результаты исследований со стандартизированными шкалами гипнабельности показали, что в среднем лицам, страдающим от посттравматических симптомов или полного ПТСР, присущ более высокий уровень гипнабельности и значительно большая восприимчивость к гипнозу, чем испытуемым из большинства других клинических и неклинических групп (Cardena, 1996; Kluft, 1985; Spiegel et al, 1982; Spiegel et al., 1988; Stutman, Bliss, 1985). Однако другие исследования показали, что взаимосвязь между гипнабельностью и травматическим опытом в неклинических группах неочевидна (Putnam, Carlson, 1998). Некоторые авторы предполагают, что позитивная корреляция между травматическим опытом и гипнабельностью чаще обнаруживается у людей, перенесших неоднократную травму, а не отдельные травмирующие события (Eisen et al, 1994). Также имеются свидетельства того, что хроническая диссоциация чаще возникает после неоднократных травматических переживаний (Gold, Cardena, 1993; Terr, 1991).

ДОВОДЫ В ПОЛЬЗУ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОЗА

Отдельные теоретические рассуждения и эмпирические наблюдения привели экспертов по гипнозу к выводу, что применение техник гипноза может быть полезным дополнением при лечении ПТСР. Среди доводов можно выделить следующие:

1. Высокая гипнабельность многих пациентов с ПТСР может использоваться целенаправленно. Существуют доказательства того, что техники гипноза обычно более эффективны при их применении к высоко или среднегипнабельным лицам (Levitt, 1994; Spiegel et al, 1993; Spiegel et al., 1981), хотя и другие факторы также могут оказывать влияние на результат применения гипноза (например, ожидание определенного эффекта) (Schoenberger et al., 1997).
2. Многие пациенты с ПТСР страдают от диссоциативных симптомов (Cardena, 1996; Dracu et al., 1996; Nyer et al., 1993). Еще в 1920 г. Макдугалл заметил, что при лечении травмы «критически важным терапевтическим

шагом является освобождение от диссоциации ... для этого не необходима эмоциональная разрядка, хотя она в определенной степени может этому способствовать» (McDougall, 1920, p. 25). Так как гипноз может вызывать диссоциативные переживания в условиях структурированного и контролируемого процесса, пациенты могут научиться особым техникам коррекции и контроля нежелательных феноменов и тяжелых эмоциональных переживаний (Benningfield, 1992; Spiegel, Cardena, 1990; Valdiserri, Byrne, 1982) Кроме этого, диссоциативные явления могут быть перестроены и использоваться для терапевтических целей (Edgette, Edgette, 1995; Phillips, 1993).

3. Техники гипноза могут быть легко интегрированы в различные подходы, включая психодинамическую, когнитивно-бихевиоральную терапию или фармакотерапию (см., напр.: Kirsch, 1996; Muraoka et al., 1996; Spiegel, Spiegel, 1987). Метаанализ исследований по применению гипноза для лечения различных клинических состояний показал, что гипноз может оказывать синергетическое влияние на терапию, при которой он используется в качестве дополнения (Kirsch et al., 1999; Kirsch et al., 1995; Smith et al., 1980). Хотя этот анализ проводился при исследовании других состояний, а не ПТСР, техника гипноза, возможно, также способна повышать эффективность других видов терапии и при лечении ПТСР, особенно если принять во внимание диссоциативные характеристики ПТСР.

4. Две доминирующие модели, используемые при лечении ПТСР — психодинамическая и когнитивно-бихевиоральная — акцентируют ценность воссоздания в памяти травматического события либо в целях достижения эмоциональной и когнитивной интеграции, либо для обеспечения повторного переживания травматического материала. Это воссоздание должно произойти в контексте усиления альтернативных, более адаптивных реакций. Обе модели требуют некоторого размышления о травматическом событии, и, как будет описано позже, гипноз может облегчить работу с травматическими воспоминаниями посредством использования техник, помогающих контролировать интенсивность болезненных переживаний, связанных с травматическими воспоминаниями.

5. Существуют свидетельства того, что некоторые травмированные индивиды имеют фрагментарные, спутанные воспоминания о травмирующих событиях или вообще ничего не могут вспомнить (Brown et al., 1998). Как упоминалось ранее, некоторые пациенты с ПТСР переживают диссоциативные феномены во время травмы, включая изменения памяти. Это ухудшение памяти может принимать различные формы: проблемы с кодированием новой информации (Bremner et al., 1993); частичная или в более редких случаях полная амнезия (см., напр.: Cardena, Spiegel, 1993); деконтекстуализированное воспоминание о событии; безличное воспоминание. Гипноз и травматические события могут вызывать сходные переживания, и, если жертвы

травмы находились в диссоциированном состоянии во время травмы, использование структурированной диссоциации при гипнозе может облегчить им доступ к воспоминаниям, связанным с травмой. Теория зависимости памяти от психического состояния (Overton, 1978) подтверждает гипотезу о том, что гипноз может облегчить им восстановление воспоминаний, ассоциирующихся с состоянием сознания, подобным тому, которое возникло во время травмы. Последствия таких состояний могут возникать чаще тогда, когда нет никаких более сильных сигналов (Eich, 1995). Однако, как будет показано ниже, использование техник гипноза для восстановления воспоминаний должно проводиться очень осторожно, поскольку гипноз может повысить уверенность человека в сообщенных, а не в фактически точных воспоминаниях (Dywan, Bowers, 1983). Важно разработать такие модели исследования, которые были бы способны проверить, могут ли техники гипноза на самом деле повышать точность воспоминаний о травматических событиях.

ОПИСАНИЕ ТЕХНИК

Техники гипноза при лечении посттравматических расстройств используются уже больше столетия в различных вариантах и включают поддерживающие внушения; раскрытие, интеграцию или отреагирование травматических воспоминаний (Brende, 1985; Brown, Fromm, 1986); а также реконструкцию прошлых событий, например, Жане предложил технику замены травматического воспоминания на более приятное (van der Hart et al., 1989; см. также: Kardiner, Spiegel, 1947).

Лечение травм, особенно хронических или осложненных случаев, обычно проводится согласно фазоориентированной модели, которая, согласно Брауну с соавт. (Brown et al., 1998), представляет собой выделение в процессе лечения последствий психической травмы определенных фаз или стадий, характеризующихся своими особыми целями и задачами. Гипноз может применяться на каждой из стадий лечения травмы (впервые описанных Жане; см. van der Hart et al., 1989). Этих стадий три: (1) установление терапевтических взаимоотношений и общий рассказ о происшедшем, что обеспечивает кратковременное ослабление симптомов и помощь пациенту в стабилизации посредством обретения контроля над симптомами и усиления навыков совладания с ними; (2) проработка и интеграция травматических воспоминаний; " (3) дальнейшая личностная реинтеграция и реабилитация.

Наши клинические наблюдения показали, что длительность лечения будет изменяться в зависимости от ряда факторов, таких, как: (1) природа травмы (например, многократное событие это было или единичное, стихийное бедствие или травма, причиненная людьми); (2) своевременность начала

лечения после травматического события; (3) коморбидные заболевания пациента, включая воздействие, оказанное травмой на представления о самом себе и взаимоотношения с другими людьми; и (4) предшествующая история хронического насилия/злоупотребления или пренебрежения. Наш клинический опыт показал, что несколько сеансов гипноза могут облегчить симптомы посттравматических состояний, возникших вследствие единичной недавней травмы, не повлекшей за собой осложнений. Для хронических или осложненных состояний лечение, скорее всего, продлится несколько месяцев или лет. Некоторые клиницисты (см., напр.: Fromm, Nash, 1997) отметили, что применение гипнотических техник обычно сокращает длительность терапии, но это утверждение еще не было систематически проверено.

Первая стадия лечения:

стабилизация состояния

и снижение выраженности симптоматики

Во время начальной стадии лечения в центре внимания — стабилизация состояния пациента и снижение интенсивности его симптомов, а также повышение самоконтроля над симптомами, текущими беспокойствами и стрессом. Гипнотические внушения здесь могут использоваться для релаксации, чтобы пациенты смогли научиться ощущать состояние покоя, безмятежности и с помощью самогипноза сохранять это состояние вне терапевтической ситуации. К этим же задачам начальной стадии можно вернуться позже, даже после того, как будут пройдены последующие стадии. Специальные внушения могут быть направлены на симптомы, связанные с ПТСР, например, беспокойство, физическая боль, дискомфорт и нарушения сна (см., напр.: Eichel-man, 1985, Jiranek, 1993). Другие техники, которые могут быть особенно полезными на этой стадии, включают визуальное представление воображаемого «безопасного места» (Brown, Fromm, 1986; Watkins, Watkins, 1997) и использование процедур для «усиления Это» (Frederick, McNeal, 1993; Harlland, 1965). Браун с соавт. (Brown et al., 1998) описывают различные признаки стабилизации на этой стадии, включая ощущение безопасности, самоуспокоения, связности, облегчения симптомов ПТСР и т.д.

Вторая стадия лечения:

лечение травматических воспоминаний

После того как был установлен соответствующий терапевтический альянс и у пациента созданы достаточные личностные ресурсы для преодоления сложных проблем без риска быть подавленным ими, наступает вторая стадия, которая включает работу с травматическими воспоминаниями. Авторы

различных теоретических подходов подчеркивают значимость такой работы независимо от того, служит ли преодоление страха перед травмирующими воспоминаниями (см.: van der Man et al., 1998) достижению психологической интеграции (Brown et al., 1998; Spiegel, Cardena, 1990) или усиливает эмоциональное вовлечение в процесс обучения (привития новых навыков) и когнитивного реструктурирования (см.: Foa, Meadows, 1997; Jaycox et al, 1998). Следует отметить, что с момента введения понятия отреагирования Брейером и Фрейдом (Breuer, Freud, 1895/1982), различные авторы использовали это понятие при описании целей лечения травмы. Хотя некоторые исследователи до сих пор упоминают «техники отреагирования», более современный подход заключается в признании того, что основная цель лечения травмы состоит в интеграции травматической памяти, а не в ее отреагировании (см.: Van der Hart, Brown, 1992). Согласно структурной модели Ван дер Харта, работа с травматическими воспоминаниями в процессе лечения последствий психической травмы подразумевает интеграцию в некие структурные целостности (а) дезинтегрированных компонентов травматических воспоминаний и (б) отдельных саморепрезентаций, связанных с травматическими переживаниями, а в итоге — интеграцию этих структур друг с другом.

В некоторых случаях бывает необходимо уделить основное внимание осознанию, казалось бы, забытого материала (см.: Brown et al, 1998). Однако вполне возможно, что во время работы по интеграции воспоминаний спонтанно возникнут более детальные или даже новые воспоминания, связанные с данным событием. Более полное восстановление точных значимых воспоминаний было продемонстрировано в лабораторных условиях в ходе неоднократных испытаний (см., напр.: Erdelyi, 1994).

Предъявление пациентам травмирующих стимулов или воспоминаний требует осторожности. Есть основания полагать, что терапия ПТСР с помощью погружения может усложнить симптомы расстройства (Pitman et al, 1991, см.: Foa, Meadows, 1997): Питмэн с соавт. наблюдал усиление дистресса У пациентов с хроническим ПТСР при госпитализации и интенсивном лечении, когда их просили неоднократно вспоминать травмирующее событие. Было отмечено также, что обращение к травматическим воспоминаниям может быть контрпродуктивным, если только пациент не чувствует себя в безопасности и не имеет достаточной силы Эго для того, чтобы справиться с такими воспоминаниями (Peebles, 1989). В связи с этим ван дер Колк с соавт. писали о том, что «только тогда, когда благополучно преодолены проблемы Межличностной безопасности и терапевтические отношения могут использоваться для поддержки психического состояния пациента, может быть повторно пережит угроза физической дезинтеграции. Только после того как травматические переживания локализованы во времени и пространстве, человек Может научиться находить различие между стрессами повседневной жизни

и прошлой травмой, а также уменьшать влияние травмы на текущие переживания» (van del Kolk et al., 1991, p. 436).

Шпигель (Spiegel, 1992) отмечал, что этот процесс может быть облегчен соответствующим вниманием к проблемам переноса и контрпереноса, связанным с травмой; помимо этого, важнейшей частью психотерапии симптомов связанных с травмой, является работа с проблемами доверия и взаимного принятия. С помощью техник гипноза можно также создать благоприятную обстановку для того, чтобы пациент смог повторно пережить травмирующие воспоминания таким образом, чтобы это не причинило ему вреда (Scheff 1980). Хотя, по данным некоторых авторов, терапия с помощью погружения успешно проводилась и без использования гипноза (Фоа, Meadows, 1997).

Терапевты, применяющие гипноз во время этой стадии, должны помнить о том, что пациенты с ПТСР в целом проявляют высокую гипнабельность, поэтому при работе с ними следует избегать намекающих, наводящих вопросов или комментариев при получении новой информации. Вопросы не должны содержать неверную информацию или наталкивать на определенный ответ. Также пациентам необходима помощь в сохранении состояния комфорта и безопасности в процессе переработки травматических воспоминаний. Адекватное восстановление воспоминаний при гипнозе происходит при использовании техник, которые способствуют физической релаксации и ощущению когнитивного и эмоционального контроля.

В ходе наших наблюдений мы обнаружили, что работа с травматическими воспоминаниями должна происходить в наиболее подходящем для пациента темпе. Техники гипноза должны быть приспособлены к конкретным потребностям пациентов, однако основной целью их применения является повышение у пациента уровня регуляции психического и физического состояния. Многие пациенты боятся, что, если они будут воскрешать в памяти травмирующие воспоминания, они снова потеряют контроль и к ним символически возвратится чувство беспомощности, пережитое во время травмирующего эпизода. В некоторой степени это не обоснованный страх. Воспоминания могут оказывать влияние на психическую жизнь пациентов каждый раз, когда они переживают флэш-бэки (возвращаются к воспоминаниям о травме), однако гипноз позволяет им отделить себя от своих воспоминаний, если это необходимо. Одним из аспектов работы терапевта является оказание помощи пациенту в контролируемом и структурированном воспроизведении болезненных воспоминаний и чувств, связанных с ними. Гипноз может использоваться для облегчения терапевтической работы в процессе восстановления травмирующих воспоминаний. Поскольку они часто продуцируют ощущения беспомощности и бессилия, пациенту могут быть даны соответствующие внушения для укрепления Эго, а также образы для выработки ощущения личной силы, защищенности и компетентности (см., напр.: Ebert, 1988). Другие техники, описанные

для диссоциативных пациентов, но применимые к ПТСР, включают «фрагментированное (или постепенное) отреагирование», «погружение в транс» (Kluft, 1994). Ниже мы опишем шесть особенно важных из них: это релаксация, проективные техники и техники реструктуризации, возрастная регрессия, аффективный мост и сдерживание воспоминаний (Brown, Fromm, 1986).

Релаксация

После гипнотической индукции, которая сама по себе может содержать внушения, направленные на релаксацию, легко достигнуть более глубокого уровня физического расслабления, если дать пациентам инструкцию представить себя в таком месте, которое у них ассоциируется с состоянием расслабленности и спокойствия. Это может быть место, где они бывали раньше, или образ в их сознании, например, плавание в горячей ванне, бассейне или космическом пространстве. После того как пациентом был достигнут желаемый уровень релаксации, его просят оставаться в этом состоянии, а терапевт переходит к работе с эмоционально заряженными травматическими воспоминаниями. Цель такой работы состоит в том, чтобы перерабатывать травмирующие воспоминания в таком темпе, который пациент сможет выдержать на одном и том же уровне физической и, если возможно, эмоциональной релаксации. Если это необходимо, техники гипноза могут быть объединены с систематической десенсибилизацией (Wilshire, 1996).

Проективные техники

При использовании этих техник пациенты проецируют образы, ощущения и мысли вовне, на воображаемый экран. Значимые образы представляются в виде фильма или проецируются на компьютерный экран, поверхность спокойного озера, зеркала или голубого неба. Эта техника может способствовать процессу отделения воспоминаний от физически болезненных ощущений, если это необходимо для того, чтобы минимизировать возможность отрицательного воздействия воспоминаний или ретравматизации.

Такой экран позволяет манипулировать аффектом, который мобилизуется во время обращения к травматическим воспоминаниям. Пациенты получают инструкции о том, как контролировать интенсивность содержания (с помощью уменьшения или увеличения образов или с помощью удаления или приближения экрана). В том случае, если интенсивность переживаний становится слишком велика, пациенты могут трансформировать образы при помощи изменения цвета (например, представляя образы черно-белыми Или цветными), звука (например, снижая громкость или совершенно выключая звук), скорости (например, замедляя или убыстряя движение образов),

или они могут выключить экран. Пациентам напоминают, что, как в страшном кино, некоторые сцены могут быть сложными или даже отталкивающими но им нет необходимости заново переживать боль, связанную с травматическими воспоминаниями или образами. Цель этой техники состоит в том чтобы повысить чувство контроля и безопасности пациента настолько, чтобы они смогли прорабатывать и интегрировать всю информацию, ощущения мысли, эмоции и т.д.

Реструктуризация

Один из вариантов вышеописанной техники заключается в том, чтобы пациент разделит экран надвое. Во время этого деления его просят проецировать на левую сторону экрана образы, которые нуждаются в проработке (например, воспоминания о травме), а на правую сторону экрана — изображения того, что он сделал, чтобы защитить себя или кого-либо другого (Spiegel, 1981, 1992). Иногда пациенты с трудом могут вспомнить что-либо хорошее, и поэтому обвиняют себя за свои якобы неправильные (или недостаточные) действия. Терапевт поощряет их вспомнить, что они делали, чтобы защитить себя, и пытается реинтерпретировать их ощущение беспомощности как полезную технику выживания. Сопротивление насилию, крики о помощи или просто «оцепенение» как средство избежать дальнейшего насилия — это примеры обычных защитных действий. Цель данной техники состоит в том, чтобы способствовать реструктуризации травматических воспоминаний таким образом, чтобы сделать их менее болезненными.

В результате создаются новые когниции, которые включают осознание интенсивности угрозы и адаптивных реакций пациента во время травмы. В последующей работе эти два образа помогают перестроить воспоминания о травме. Образы на левой стороне экрана символизируют травму. Образы на правой стороне могут помочь человеку осознать, что хотя он на самом деле был жертвой происшедшего, он все-таки пытался совладать с ситуацией и проявил мужество при столкновении с непреодолимой опасностью. Этот процесс помогает пациентам прийти к пониманию того, что унижение, нанесенное травмой, — это только один из аспектов пережитого опыта.

Временная регрессия

Поскольку регрессия к более раннему периоду, вызванная с помощью гипноза, а не с помощью проективных техник, не позволяет пациентам «проецировать» воспоминания отдельно от себя, она может вызывать более интенсивные переживания. В соответствии с этой техникой терапевт внушает пациентам при помощи отсчета или каким-либо другим способом вернуться к более раннему

периоду. Мы обнаружили, что эта процедура может помочь пациентам понять причины давно забытых телесных симптомов, таких, как конверсионные симптомы и соматические флэш-бэки. Не исключено, что она может даже помочь им восстановить диссоциированные воспоминания. Высокогипнабельные люди способны использовать эту технику как одну из форм «проигрывания событий», как если бы они происходили снова; это может привести к более полному воспоминанию аффектов и других элементов, которые могли быть диссоциированы из воспоминания о событии. Полное восстановление памяти может даже помочь объяснить некоторые аспекты текущего поведения пациента, как, например, непропорционально интенсивная реакция на, казалось бы, незначительные стрессоры. Хотя часто достаточно сложно определить, в какой степени восстановленные воспоминания являются фактологически точными (здесь, как уже отмечалось ранее, также следует избегать наводящих вопросов и высказываний), интерпретация индивидом травматического события может быть очень полезна. Нужно отметить, что речь идет не о собственно регрессии к более ранним модусам функционирования, а о регрессии, выражающейся в образах прошлого, возникающих в воображении пациента (Nash, 1992). И в отличие от Нэша с соавт. (Nash et al., 1998), полагающих, что временная регрессия может привести к значительному восстановлению фактологически точной памяти, если избегать наводящих вопросов, все авторы соглашаются с тем, что эта техника может быть очень полезна при исследовании аффекта.

Аффективный мост

Эта техника особенно полезна в случаях, когда у пациентов обнаружены симптомы, подобные фобическим (Watkins, 1987). После достижения состояния физической и эмоциональной релаксации пациентов просят вернуться к тому моменту в прошлом, когда они впервые почувствовали это состояние (например, возник страх). Высокогипнабельные индивиды обычно могут вспомнить прошлый опыт, который буквально или фигурально связан с испытываемыми в настоящее время ощущениями страха. В этом случае терапевт может помочь пациентам выявить ассоциации или понять причину проявляющихся в настоящее время неадекватных реакций, таких, как фобии.

Сдерживание воспоминаний

В этой технике используется метод изоляции неразрешенных воспоминаний (или их части) до тех пор, пока пациент или клиент не готов к дальнейшей работе с ними. Например, пациенту предлагают представить в воображении сейф, в который он помещает свои травматические воспоминания. Этот сейф закрыт и, по представлению пациента, у него и у терапевта есть свой ключ

к нему. Сходный, более директивный гипнотический подход заключается в том, чтобы внушить пациенту после гипноза, что амнезия травматических воспоминаний будет продолжаться до тех пор, пока текущие воспоминания о травме являются для него слишком мучительными. Вообще желательно давать пациенту широко сформулированные внушения. Например: «Возьмите для себя из этого опыта то, что будет полезно вам, то, к чему вы готовы и оставьте здесь то, что пока лучше не трогать» (van der Hart, Boon, Van Everdingen, 1990, p. 243).

Третья стадия лечения:

дальнейшая личностная реинтеграция и реабилитация

Третья стадия лечения направлена на закрепление результатов двух предыдущих фаз: достижение такой степени интеграции травматического события, чтобы человек ощущал свою адаптированность к окружающему миру, а также личностное развитие пациента и развитие его социальных взаимосвязей. Браун с соавт. (Brown et al., 1998) полагают, что работа на этой стадии должна включать стабилизацию достигнутой интеграции различных психологических процессов, саморазвитие, а не застывание в травматических переживаниях; установление и возобновление полноценных социальных взаимоотношений, коррекцию импульсов и эмоций, стабилизацию психофизиологических реакций и достижение позитивной когнитивной реструктуризации. Важно отметить, что, насколько это возможно, лечение не должно ограничиваться устранением патологии, оно должно включать личностное развитие индивидуума. В некоторых случаях для процесса лечения весьма полезным может оказаться использование элементов духовного и социального опыта.

На этой стадии техники гипноза помогают вне клиники стабилизировать результаты лечения и предоставляют альтернативные формы совладания с травмой, которые индивид может осуществлять сам, например, при помощи самогипноза. Другие техники, такие, как временная прогрессия и др. (приведенные ниже), могут помочь избавиться от чувства беспомощности перед будущим, установить цели для достижения лучшего, — и в то же время реалистичного — личностного будущего (личностное развитие пациента).

Восьмиуровневая модель лечения ПТСР

Нами был разработан подход к лечению посттравматических синдромов, который детализирует основное содержание терапевтических процедур и может быть легко включен в описанные ранее вторую и третью стадии общего лечения (Spiegel, 1992; Spiegel, Cardena, 1990). Этот подход был разработан

с целью помочь пациентам осознать и понять факторы, сыгравшие роль при формировании их симптомов, выделить одно или несколько особенно болезненных воспоминаний, научиться управлять ими и реинтегрировать эти воспоминания в более адаптивное и полноценное восприятие себя и окружающего мира. Первые шесть или семь из приведенных ниже восьми процессов особенно полезны на второй стадии, где происходит проработка травматического материала, в то время как последний уровень (конгруэнтность) лучше применять на последней стадии лечения, или стадии реинтеграции. Общие гипнотические стратегии по релаксации, укреплению Эго, совладанию и т. д. могут использоваться и на начальной стадии лечения (Brown, Fromm, 1986).

1. *Конфронтация.* Важно напрямую обращаться к травматическим воспоминаниям вместо попыток избегать их, что парадоксальным образом может лишь закрепить такую стратегию и помешать достижению позитивных психологических и физических результатов при помощи их вербальной проработки (см.: Foa et al., 1995; Wegner, Pennebaker, 1993).

2. *Признание.* Часто пациентам полезно рассказать о поступках или чувствах, которых они стыдятся; иногда они могут представляться терапевту отталкивающими. Важно помочь этим пациентам различить необоснованное чувство вины и реальное раскаяние. У пациентов часто возникает ретроспективное желание изменить травматические обстоятельства в своих фантазиях таким образом, как будто бы они могут контролировать ситуацию. Ценой таких фантазий может быть иррациональная вина, т.е. чувство ответственности за те события, которые пациенты не могли контролировать.

3. *Утешение.* Терапевт прикладывает значительные усилия для утешения пациента, испытывающего интенсивные травматические переживания. Важно при этом избегать осуждения или преуменьшения боли, причиненной пациенту. Мы наблюдали один из вариантов травматического переноса, при котором жертвы изнасилования чувствовали, что терапевты подвергают их повторному переживанию травмы в процессе терапевтической работы с травматическими воспоминаниями. Для избегания или сглаживания такой распространенной реакции терапевту следует выражать сочувствие и заботу.

4. *Осознание переживаний.* Мы считаем, что пациентов необходимо поощрять к тому, чтобы они полностью осознали те аспекты воспоминаний, которые могут переживаться неосознанно, но которые необходимы для того, чтобы полностью понять и преодолеть травмирующее событие. Пациенты могут иметь некоторую степень амнезии определенных аспектов события или своих собственных реакций на него. Выявление этого материала считается полезным для полной интеграции различных эмоций, мыслей и представлений, связанных с травмой. Такие техники гипноза, как, например, описанное ранее разделение экрана, могут помочь пациентам контролировать, принимать пережитый опыт и противостоять ему. Внушения, позволяющие

пациенту помнить лишь тот обсуждаемый во время гипноза материал, который не будет для него слишком тяжелым в данный момент, может способствовать постепенному и безболезненному восстановлению тяжелых воспоминаний.

5. *Конденсация.* Важно найти образ, который в сжатом виде воплощает критические аспекты травматического опыта. Такое образное представление может сделать непереносимые аспекты травмы более управляемыми поскольку придает им конкретную форму. Кроме этого, оно может использоваться для облегчения реструктуризации переживаний посредством объединения ранее не связанных образов. Например, у человека, испытывающего боль в связи с потерей в бою друга, можно ассоциативно соединить воспоминания о друге с периодом счастья от общения с ним. Это позволяет реинтерпретировать боль утраты, представив ее в терминах позитивных аспектов взаимоотношений. Используя техники гипноза, пациент может найти такой образ, который в сжатом виде воплощает аффективные и сенсорные аспекты травмы.

6. *Концентрация.* Использование интенсивной, но безопасной концентрации внимания, усиленной с помощью гипноза, может помочь человеку ограничить влияние травматических переживаний посредством полученных навыков сознательной фокусировки внимания на тех или иных событиях. Предполагается, что, научившись в гипнотическом состоянии фокусировать и регулировать концентрацию внимания на своей потере, человек, выйдя из состояния гипноза, сможет сознательно отвлечься от травматического переживания (переключить внимание).

7. *Контроль.* Поскольку наиболее болезненными аспектами тяжелой травмы могут быть чувства абсолютной беспомощности, потери контроля над своим телом и окружающим миром, важной задачей терапии является восстановление у пациента ощущения контроля над своими воспоминаниями. Необходимо, чтобы в процессе проработки травматических переживаний в условиях терапевтического сеанса пациент всегда мог прервать его, если почувствует в этом необходимость. Пациенту также могут быть даны внушения хранить только те воспоминания, ставшие доступными на сеансе гипноза, с которыми он может справиться самостоятельно при помощи приобретенных в гипнотерапии навыков саморегуляции. Эти процедуры дают пациентам ощущение большего контроля и уверенности.

8. *Конгруэнтность.* На этой стадии задачей пациента является достижение полной интеграции воспоминаний, представлений о себе и восприятия мира, что позволяет восстановить конгруэнтные гибкие когнитивные структуры памяти. Использование таких техник, как временная прогрессия, когда пациенты создают образ такого человека, каким они хотели бы стать в будущем, могут способствовать новой интеграции между собой прежним и собой

формирующимся. Необходимо также избавиться от диссоциативных реакций и развить ощущение реинтеграции в прежнюю, нормальную жизнь. В подобных же терминах Майерс (Myers, 1940) сформулировал общую цель лечения солдат, пострадавших от снарядного шока, как реинтеграцию травматического состояния личности с нормальным личностным состоянием — цель, схожую с той, которую необходимо достигнуть на третьей стадии лечения ПТСР.

Проблемы переноса

Терапевты могут обеспечить руководство, поддержку, защиту и комфортные условия пациентам, проходящим сложный процесс переработки и реструктуризации травматических воспоминаний (Brown, Fromm, 1986). Однако интенсивные переживания, характерные для восстановления травматических воспоминаний под гипнозом, могут способствовать выявлению скрытых фантазий и воспоминаний. У некоторых пациентов гипноз может усилить ощущение инфантильной зависимости, в которой интенсифицируются трансферные ожидания. Как в любом другом терапевтическом взаимодействии, качество и аффективное содержание этих реакций может основываться на ранних объектных отношениях пациента.

Наш клинический опыт показывает, что в терапии пациентов, перенесших психическую травму, часто встречаются специфические и интенсивные реакции переноса. Использование гипноза не предотвращает развития этих реакций; наоборот, он может даже способствовать их проявлению. Во многих случаях развитие реакций переноса может произойти раньше, чем при обычной терапии. Поскольку некоторые терапевты могут ошибочно содействовать развитию ощущения зависимости, слишком усердно пытаясь помочь пациенту решить его проблемы, мы предлагаем, чтобы они вместо этого использовали ситуацию переноса для повышения способности пациентов к самопомощи путем создания атмосферы самоконтроля и автономии.

Другая форма реакции переноса была названа «травматическим переносом» (Maldonado, Spiegel, 1994; Spiegel, 1989, 1992). Она включает перенос на терапевта ощущений, связанных с обидчиком, или обстоятельств, связанных с травматическим переживанием. Выражается подавленный гнев, направленный на виновника травмы. Эти чувства не следует преуменьшать или подавлять. Действуя так, можно только укрепить уверенность пациента в том, что испытывать такие чувства неправильно или неестественно. Не найдя выхода, они могут осложнить процесс терапии, отдалив пациента от терапевта, и способствовать использованию примитивных механизмов защиты, включая Неконтролируемое выражение подавленных чувств.

Меры предосторожности при использовании гипноза и работе с воспоминаниями

Потенциальные осложнения при использовании гипноза в работе с жертвами травмы могут возникать в результате ошибочного убеждения в том, что гипноз способен автоматически восстанавливать точные воспоминания и создавать псевдовоспоминания или «ложные воспоминания», особенно у высокогипнабельных индивидуумов.

Что касается предположения об улучшении памяти посредством гипноза ряд специальных исследований показал, что гипноз способствует интенсификации процесса воспоминания как истинного, так и вымышленного материала (см., напр.: Duwan, Bowers, 1983). Гипноз может способствовать процессу воспоминания особенно значимого материала (Brown et al., 1998), но не все восстановленные воспоминания являются достоверными. Более того, интенсификация воспоминаний может быть продуктом общей повышенной концентрации внимания пациента или даже просто результатом неоднократных обследований (Erdelyi, 1994). Процедуры гипноза могут, скорее, увеличить общее количество воспоминаний и укрепить уверенность пациента в их точности, чем сократить соотношение истинных утверждений по отношению к ложным или привести к конфабуляции воспоминаний (Butler, Spiegel, 1997). Берджес и Кирш (Burgess, Kirsch, 1997) сообщают, что предостережение пациентов о возможности того, что воспоминания, полученные с помощью гипноза, могут быть не совсем точными, снижает обычно наблюдаемое увеличение уверенных суждений. Эти предупреждения опровергают часто встречающиеся ожидания того, что гипноз раскроет правду, «записанную» в подсознании.

Что касается возможности создания псевдовоспоминаний, то в силу того, что гипноз снижает критичность суждений, он может повышать чувствительность к социальным сигналам и внутренним стимулам. Он может исказить воспоминания или путем конфабуляции, включающих создание ложных воспоминаний, которые затем выдаются за реальные (Laurence, Perry, 1983), или посредством необоснованно возрастающего чувства уверенности, с которой загипнотизированные лица сообщают о своих воспоминаниях независимо оттого, ложные они или правдивые (Duwan, Bowers, 1983; McConkey, Sheehan, 1995; Orne et al., 1985; Spiegel, Spiegel, 1987).

Стоит также отметить, что в публикациях экспериментов, касающихся возникновения псевдовоспоминаний при гипнозе, описаны типичные случаи создания или искажения второстепенных деталей, а не основных жизненных событий (Brown et al, 1998), а также отмечено, что вероятность принятия ложного воспоминания зависит от того, могло ли такое событие случиться (насколько оно было вероятно вообще), и от социальных и контекстуальных факторов, не зависящих от гипноза (Lynn et al, 1997). Кроме того, ряд других

специальных техник формулирования вопросов и терапевтических процедур, включая наводящие вопросы во время терапевтического или исследовательского взаимодействия, также могут привести к ложным сообщениям пациентов. Некоторые авторы пришли к выводу, что появление псевдовоспоминаний вызвано либо некорректными формулировками вопросов, с которыми терапевт обращается к пациенту, находящемуся в состоянии гипноза, либо неверными представлениями о гипнозе, но не характерной особенностью гипноза (Brown et al, 1938; McConkey, Sheehan, 1995). Гипноз лишь дополняет техники по восстановлению воспоминаний. После всестороннего обзора существующих исследований, в том числе и своих собственных, Макконки и Шихан пришли к выводу, что «искажение воспоминаний не является ни уникальным свойством гипноза, ни его характерным свойством... Искражение воспоминаний достаточно вероятно и в нормальном бодрствующем состоянии» (McConkey, Sheehan, 1995, p. 210, 214). Фромм и Нэш (Fromm, Nash, 1997, p. 223-224) заключили:

«Гипнозу уделялось слишком большое внимание в средствах массовой информации и во время судебных разбирательств. Из сотен техник экспрессивной терапии, использующихся в настоящее время, только для гипноза существует значительное количество данных, касающихся точности воспоминаний... Средства массовой информации и судебные процессы фокусируются на эффекте искажения воспоминаний при гипнозе именно потому, что исследователи гипноза наиболее тщательно обосновали и подтвердили изменчивость и неустойчивость воспоминаний при лечении. Однако это не значит, что подобные явления отсутствуют и в других техниках экспрессивной терапии».

Действительно, жертвы и свидетели, неоднократно допрашиваемые, в такой же степени внушаемы, как и загипнотизированные индивидуумы. Это особенно справедливо тогда, когда допросу подвергается высококвалифицированный человек (Spiegel, Spiegel, 1987). Из-за вероятности получения неточных воспоминаний терапевтам следует критично относиться ко всему, что вспоминает пациент. При анализе и интерпретации материала, выявленного под гипнозом, следует использовать «терапевтическое суждение» (Maldonado, Spiegel, 1998). Этот подход подобен тому, который используют при работе с детскими (нетравматическими) воспоминаниями, фантазиями и мечтами. Некоторые воспоминания достаточно точно отражают реальность, в то время как другие, по крайней мере частично, могут быть фантазиями и требуют интерпретации для получения более точной картины событий. В недавнем отчете Международного общества исследований травматического стресса (ISTSS, 1998) был сделан вывод о том, что воображение может способствовать возникновению как ложных, так и истинных воспоминаний, а также о том,

что большинство индивидуумов сопротивляются привнесению (имплантации) ложных воспоминаний и что ситуативные и личностные характеристики могут способствовать созданию псевдовоспоминаний.

Терапевты должны помнить о том, что возможности гипноза, применяемого для восстановления воспоминаний, являются ограниченными. Некоторые судебные инстанции, избегая необходимости оценивать вероятное влияние гипноза в каждом конкретном случае, не только запретили использовать в судах сведения, полученные под гипнозом, но и постановили, что свидетельства, касающиеся фактов дела, полученные от лиц, до этого подвергавшихся гипнозу, не допускаются к рассмотрению.

В случае вероятного судебного разбирательства, предстоящего пациенту, мы рекомендуем, чтобы терапевт сделал следующее: (1) с согласия пациента проинформировал адвоката пациента о своих планах, перед тем как проводить гипнотические процедуры; (2) тщательно документировал воспоминания пациента о возможных травматических событиях до применения гипноза; (3) не использовал наводящих вопросов во время беседы с пациентом, находящимся в состоянии гипноза; (4) произвел электронную запись всех контактов с пациентом и (5) обстоятельно опросил адвоката и пациента после завершения сеансов.

Понимая реконструктивные особенности памяти и потенциальное воздействие наводящих вопросов или намеков на процесс вспоминания, хорошо подготовленные терапевты не должны отказываться от использования гипноза при лечении ПТСР, когда это необходимо или желательно. В Американском обществе клинического гипноза было разработано руководство и собраны примеры использования гипноза (для лечения проинформированных и давших согласие лиц) при работе с памятью, которые могли бы быть полезны для клиницистов или судебных экспертов (Hammond et al., 1995).

МЕТОД СБОРА ДАННЫХ

Основными источниками информации, приведенной здесь, были базы данных по травматическому стрессу PsycLIT, MEDLINE и PILOTS. Для поиска мы использовали комбинации следующих ключевых слов: «гипноз», «травма», «ПТСР», «травматический невроз», «снарядный шок» и «боевая усталость». Мы также проводили поиск соответствующей литературы в библиотеке и консультировались с коллегами, компетентными в данной области. Кроме этого, были использованы дополнительные данные по соответствующим аспектам памяти и диссоциации.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Различные виды метаанализа исследований по лечению тревожности, боли и других состояний показывают, что гипноз может существенно повысить эффективность психодинамической и когнитивно-бихевиоральной терапии (Kirsch, 1996; Kirsch et al., 1995, Kirsch et al., 1999; Smith et al., 1980). Однако в литературе по использованию гипноза для лечения ПТСР чаще всего анализируются отдельные случаи. Читатель должен помнить о недостатках этого метода, о недостаточной в целом систематической оценке и возможной предвзятости результатов. Тем не менее данные по отдельным случаям неизменно подтверждают, что гипноз может быть очень полезен при лечении пациентов с ПТСР. Техники гипноза продемонстрировали свою эффективность при лечении таких связанных с ПТСР симптомов, как боль (Daly, Wulff, 1987; Jiranek, 1993; Richmond et al., 1996), тревожность (Kirsch et al., 1995) и повторяющиеся кошмары (Eichelman, 1985; Kingsbury, 1993). Кроме того, клинические наблюдения позволяют предположить, что гипноз может помочь регулировать и контролировать диссоциативные процессы, часто наблюдаемые у пациентов с ПТСР (Benningfield, 1992; Brende, Benedict, 1980; Spiegel, 1981; Spiegel, Cardena, 1990; Van der Hart et al, 1990), хотя до настоящего времени не было проведено никаких специальных исследований для подтверждения этого предположения.

Краткая история использования гипноза при посттравматических состояниях

Виджселаар и ван дер Харт (Vijsselaar, Van der Hart, 1992) описывают одно из самых ранних упоминаний (1813) использования гипноза голландскими врачами для лечения травматического горя. Из множества французских терапевтов, использовавших гипноз на рубеже столетий, Пьер Жане, наверное, наиболее часто применял гипноз при лечении пациентов с посттравматическими состояниями (см., напр.: Janet, 1898/1990; van der Hart et al., 1989). Крок и Вербизье (Crocq, De Verbizier, 1989) изучили основные клинические работы Жане и обнаружили, что приблизительно половина его пациентов были травмированы. Жане описал успешное применение техник гипноза для сокращения симптомов, увеличения силы Эго, исследования и лечения травматических воспоминаний. Брейер и Фрейд (Breuer, Freud, 1895/1982) также применяли техники гипноза на рубеже XIX столетия при лечении пациентов, переживших травматическое событие.

Вероятно, впервые широко гипноз начал применяться во время Первой мировой войны. Хотя во Франции, по всей видимости, запрещалось применение гипноза в военных госпиталях (Southard, Fenton, 1919), американские,

британские и германские врачи его использовали (см., напр.: Brown, 1919-McDougall, 1926; Myers, 1916, 1940; Nonne, 1915; Simmel, 1919; Smith, Pear, 1917). В серии статей в журнале «The Lancet», Чарльз Майерс (1916) описал успешный случай применения гипноза для сокращения различных симптомов снарядного шока, включая диссоциативную амнезию, изменения в ощущениях и нарушение речи. Позже (1940) Майерс обсуждал преимущества и ограничения в применении гипноза для лечения снарядного шока: «Это совершенно безопасная и надежная лечебная процедура, но при условии, что она используется только в психотерапевтических целях, в особенности для психической реинтеграции диссоциированных или подавленных воспоминаний, а не просто для ликвидации телесных "функциональных" расстройств посредством внушения» (р. 57). В немаловажной дискуссии в Британском психиатрическом журнале вскоре после Первой мировой войны Майерс (Myers, 1920-1921), МакДугалл (McDougall, 1920-1921) и Юнг Qimg, 1921-1922) резко выступали против применения техник отреагирования. Все трое подчеркивали значимость психологической «реинтеграции».

В. Х. Риверс (Rivers, 1918) также использовал гипноз и обсуждал значимость отреагирования, а не подавления пациентами травматического опыта, а также значение когнитивного реструктурирования, интерпретации пациентом травмы. Сутард и Фентон (Southard, Fenton, 1919) представили 589 описаний случаев снарядного шока, включая 27 «сравнительно длительных» (р. 895) случаев успешного лечения при помощи гипноза. Хотя они отмечали «чудодейственный» эффект гипноза, они рекомендовали более длительную работу с пациентом по переосмыслению травматического опыта для того, чтобы вернуть его к нормальному состоянию.

Смит и Пир (Smith, Pear, 1917, р. 41) приводят очень точные наблюдения объективных и субъективных компонентов посттравматической симптоматики: «В первую очередь имеет значение яркость и интенсивность стимула; во-вторых, степень удаленности во времени; в-третьих, частота стимула; и, в четвертых, его релевантность (к прошлому опыту и личности индивида)». Они также сделали акцент на том, что необходимо использовать гипноз в качестве дополнения: «Техники гипноза, используемые умело, осторожно и проникательно, могут быть применены при лечении снарядного шока и подобных состояний... Гипноз *сам по себе* сравнительно мало эффективен» (р. 40).

Во время Второй Мировой войны Хэдфилд (Hadfield, 1944) провел, возможно, единственное специальное исследование по применению гипноза для лечения снарядного шока у 500-600 пациентов, 100 из которых он продолжал наблюдать и позже. Он обнаружил, что через 18 месяцев после демобилизации 90% пациентов, которых он лечил с помощью «гипноаиа-лиза», работали полную рабочую неделю. В этом исследовании гипноанализ

фокусировался на отреагировании травматических воспоминаний в рамках психоаналитического контекста. Психиатр, который участвовал в Гражданской войне в Испании, писал, что «мягкий гипноз» является эффективной техникой для лечения эмоциональных пациентов с богатым воображением (возможно, высокогипнабельных?) (Miga, 1943).

Во время Второй Мировой войны появились новые термины («снарядный шок», «военный невроз»), возник общий сдвиг от применения гипноза к таким препаратам, как инсулин, эфир, содиум-амитал и содиум-пентотал для достижения седативного эффекта и иногда — отреагирования. Блэквенн начал использовать амитал для лечения невропсихиатрических расстройств в 1930 г.; Линдемманн применил его для лечения психиатрических состояний, Сагант и Слэйтер адаптировали его к лечению «острых военных неврозов» (Naples, Hackett, 1978; Sargant, 1942). Некоторые авторы предпочитали эту процедуру гипнозу (см., напр.: Gillespie, 1943; Grinker, Spiegel, 1945), в то время как Карди-нер и Шпигель (Kardiner, Spiegel, 1947) отмечали, что обычная терапия, терапия с использованием седативных средств и терапия с использованием гипноза имеют свои преимущества и недостатки. Они пришли к выводу, что в любом случае окончательная интеграция клинического материала должна происходить в обычном состоянии сознания. В своем обзоре литературы Брэнман и Джил (Brenman, Gill, 1947) пришли к выводу, что наркотерапия более проблематична для достижения катарсиса, чем гипнотерапия, так как она вызывает «менее контролируемое состояние».

Во время Второй Мировой войны гипноз частично заменили наркотерапией, но тем не менее продолжали его применять, особенно к пациентам с амнезией, фугой и конверсией (см., напр.: Alpern et al., 1946; Fischer, 1943; Kartcher, Korner, 1947; Watkins, 1949). Возможно, наиболее обширным описанием гипноза при лечении военных неврозов во время Второй мировой войны является отчет Джона Уоткинса (Watkins, 1949) о его исследованиях в госпитале Вэлш, где использовались техники группового гипноза и наркотерапии для повышения мотивации и развития инсайта у пациентов с различными посттравматическими симптомами.

[Важно отметить, что гипнотический подход эго-терапии, разработанный Джоном Уоткинсом (см. Watkins, Watkins, 1997), был применен для пациентов с посттравматическим стрессом (см., напр.: Phillips, 1993). Его основное положение о том, что люди обладают организованными системами поведения и опыта с более или менее проницаемыми границами, кажется полезным, и многие техники гипноза, описанные Уоткинсоном, применяются при лечении ветеранов боевых действий и других пациентов с посттравматическими состояниями. Тем не менее некоторые аспекты эго-терапии можно рассматри-^вать как излишне персонализирующие психофизиологические состояния, По крайней мере у некоторых диссоциативных пациентов (Международное

общество исследования диссоциации, 1994). Этот подход, безусловно, требует специальных исследований.]

Катчер и Корнер (Kartcher, Korner, 1947) описали применение гипноза приблизительно к одной трети острых пациентов госпиталя Pacific Island особенно для уменьшения или прояснения амнезии, смятения и других симптомов, увеличения инсайта и помощи в диагностике и успокоении. Они отметили, что в целом гипноз является лучшей процедурой, чем наркотерапия, но что его нужно рассматривать как дополнительную, а не самостоятельную терапию.

В более позднем обзоре литературы по наркотерапии Перри и Якобе (Perry Jacobs, 1982) не упоминают интервью с использованием амитала для ПТСР но вместо этого рекомендуют его для лечения других состояний (например, при кататонии, оцепенении или немоте, необъяснимой с медицинской точки зрения), когда важно провести быструю оценку и лечение и когда пациенты не реагируют на другие интервенции. В наши дни маятник как будто снова сдвинулся в сторону предпочтения гипноза медицинским препаратам (Putnam, 1992). В основе этого сдвига лежит множество причин, в частности, то, что разработаны новые современные транквилизаторы, но эти препараты противопоказаны для некоторых медицинских и психиатрических состояний [например, для пациентов с болезнями печени, почек, сердца или паранойей (Naples, Hackett, 1978)]; также имеются клинические наблюдения, согласно которым техники гипноза могут вызывать тот же эффект, что и наркотерапия, только без ее медицинских осложнений (Tinini, личное сообщение; Fall, 1998).

Встречаются отдельные сообщения о применении гипноза для лечения ПТСР у ветеранов Вьетнамской войны. Болсон и Демпстер (Balson, Dempster, 1980) описали лечение 15 пациентов с острым или хроническим «военным неврозом», состоявшее из фазы оценки и подготовки к терапии, лечения, повторного обследования и закрепления результатов (консолидации). Первая стадия состояла из 4-10 сессий, лечение — из 8-20 сессий с дополнительными сессиями лишь для одного пациента. По структуре лечение было психодинамическим с использованием гипноза для стимуляции отреагирования. Повторное обследование, проводимое между 4-м и 24-м месяцами после лечения, состояло из клинической оценки для определения повторного возникновения или отсутствия симптомов. Авторы утверждают, что 12 из 15 пациентов были успешно излечены.

Что еще более важно, авторы измерили гипнабельность пациентов в начале лечения, используя Профиль гипнотической индукции (HIP) (Spiegel, Spiegel, 1987). Хотя они и не проводили статистической обработки результатов, по оценкам биномиального теста $p=0.5$ мы обнаружили, что существует значительная взаимосвязь между низкой гипнабельностью и случаями неуспешного лечения ($p<0.05$). Это единственные известные нам данные, подтвер-

ждающие гипотезу о том, что гипнабельность может иметь положительную корреляцию с успешным результатом лечения посттравматических пациентов. Тем не менее эти результаты должны быть признаны, так как три неудачных случая лечения наблюдались у «хронических» больных, в то время как случаи успешного лечения включали и «хронические», и «острые» состояния. Сообщения об успешных случаях лечения вьетнамских ветеранов также приводились Бренди и Бенедиктом (Brende, Benedict, 1980) и Шпигелем (Spiegel, 1981). Ван дер Харт и Шпигель (Van der Hart, Spiegel, 1993) описали оценку и лечение гипнозом психотических состояний, связанных с травмой.

Последние исследования

Единственное специальное исследование применения гипноза при лечении ПТСР было проведено Бромом с соавт. (Brom et al, 1989). Они сравнили применение гипноза, систематической десенсибилизации и психодинамической психотерапии при лечении 112 человек, которые были диагностированы как страдающие от посттравматического стрессового расстройства, согласно классификации DSM-III. Большинство этих пациентов пережили потерю близкого человека, тогда как остальные сами подверглись травматизации. Некоторые обследуемые могли не полностью соответствовать критериям DSM-IV для ПТСР (имели только отдельные симптомы ПТСР).

Перед началом лечения у пациентов были высокие показатели симптомов по многим субшкалам, включая Шкалу воздействия травматического события (Impact of Event Scales — IES). Структура исследования включала случайное распределение пациентов к экспертам, тестирование в начале лечения, в конце лечения и через 3 месяца после лечения. Обследовалась также контрольная группа, которая была протестирована дважды параллельно обследованию экспериментальных групп в начале и конце лечения. По результатам этих двух обследований не было обнаружено существенных различий при первом и втором обследовании контрольной группы. Авторы не обнаружили также существенных различий и по результатам оценки трех видов терапий (десенсибилизации, гипноза в рамках бихевиорального подхода, психодинамической терапии). Группам, подвергавшимся гипнозу и десенсибилизации, в среднем потребовалось меньше терапевтических сессий, чем психодинамической группе ($M=14,4$ и 15 сессий по сравнению с $18,8$ для психодинамической терапии). Группа «гипнотерапии» продемонстрировала более низкие показатели по шкале IES в конце терапии ($M=33,7$, $SD=22,9$) и через 3 месяца ($M=31,7$, $SD=22,0$) по сравнению с соответствующими показателями перед началом лечения ($M=50,8$, $SD=11,7$; $p<.05$; при несмещенном $0,94$ и $1,06$ соответственно). Группа, подвергавшаяся гипнозу, также продемонстрировала значительно более низкие показатели по шкале IES непосредственно после лечения

и через 3 месяца, чем контрольная группа перед началом лечения ($M=51$ и $SD=14,1$, $p<.05$; несмещенное 0,89 и 1,02 соответственно). Исследователи пришли к выводу, что гипноз и десенсибилизация были особенно эффективны при работе с симптомами вторжения, тогда как психодинамическая терапия была более эффективна для ликвидации симптомов избегания.

Недавний метаанализ контролируемых клинических испытаний (Sherman 1998) позволяет сравнить результаты исследования Брома и коллег с результатами других контролируемых исследований. Из этого сравнения следует что основное преимущество применения гипноза может проявиться через какое-то время после лечения, а не в конце лечения (р. 422-423), что соответствует результатам метаанализа применения гипноза для других состояний отличных от ПТСР (см. Kirsch et al., 1999). Однако строить предположения по результатам одного контролируемого рандомизированного исследования по использованию гипноза при ПТСР совершенно преждевременно. Поскольку метааналитические оценки показали, что гипноз повышает эффективность других видов терапии, было бы полезно провести исследование по сравнению эффективности: терапии погружением и техники когнитивного реструктурирования с использованием и без использования гипноза (см., напр.: Foa et al., 1995). В любом случае стоит принять во внимание совет Шалева с соавт. (Shalev et al, 1996) скомбинировать различные формы лечения для ПТСР.

Что касается специфических популяций, большинство недавних описаний отдельных случаев по применению гипноза при лечении ПТСР касались жертв сексуального насилия (Benningfield, 1992; Ebert, 1988, Manning, 1996; Phillips, 1993; Roth, Batson, 1993; Smith, 1991; Spiegel, 1989). Лечение с помощью гипноза жертв автомобильных аварий и производственных травм описано Кингсбери (Kingsbury, 1988) и Люнгом (Leung, 1994). Сомер (Sommer, 1994) рассматривал особенности использования гипноза при работе с жертвами Холокоста, а Пиблз (Peebles, 1989) описал лечение пациента, чье ПТСР было вызвано неудачной анестезией во время хирургической операции.

Техники гипноза могут быть эффективны при работе с индивидами из других культуральных групп, подвергшихся травматическим событиям, как это показано в описаниях случаев ветеранов Вьетнамской войны, страдающих ПТСР (Krippner, Colodzin, 1989), жертв массового насилия в Азии (Lee, Lu, 1989) и ожоговых пациентов (Dobkin de Rios, Friedmann, 1987).

Существует несколько описаний случаев работы с детьми с посттравматической симптоматикой с помощью техник гипноза, в частности, отчеты Клюфта (Kluft, 1991), Рю и Лина (Rhue, Lynn, 1991). Последние описывают комбинированное действие «рассказывания историй» и гипноза. Фрайдрих (Friedrich, 1991) описывает четыре таких случая, два из которых включали данные обследования с помощью Опросника детского поведения до и после лечения, содержащего различные субшкалы симптомов. Мы провели t -тест показателей

субшкалы этих двух детей и пришли к заключению, что они чувствовали себя значительно лучше после лечения, чем до него ($M=62.2$ и 75.5 соответственно; коэффициент Вилкоксона $z=3,62$, $p<0,0005$; несмещенное $t=1.181$).

Ряд описаний отдельных случаев иллюстрирует интеграцию гипноза с другими техниками. Френч (French, 1995) описала использование гипноза в рамках когнитивно-бихевиорального подхода. Она занималась лечением умеренногипнабельной жертвы вооруженного ограбления, которая, по неформальной оценке, страдала от острого стрессового расстройства, диагностированное как ПТСР через 4 недели. После восьми сессий уровень выраженности симптомов снизился, согласно Опроснику депрессивности Бека (с 31 до 4) и Опроснику личностной и ситуативной тревожности (с 99% до 58% по шкале ситуативной тревожности, и с 99% до 64% по шкале личностной тревожности). Последующее обследование по прошествии одного месяца после лечения показало, что достигнутые результаты сохранились.

Используя специально разработанную методику, Хоссэк и Бенталл (Hossack, Bentall, 1991) обнаружили, что две сессии, каждая из которых состояла из релаксации и визуально-кинестетической диссоциации (напоминающей вышеописанную технику разделенного экрана) привели к значительному снижению симптомов вторжения и общей симптоматики у трех пациентов, их частичному снижению у одного и отсутствию положительных результатов у одного человека. Хотя авторы не называли своих интервенций «гипнозом», они использовали две техники, обычно применяемые при сеансах гипноза.

Что касается интеграции гипноза с различными специфическими методами лечения для посттравматических состояний, существуют описания стратегической терапии (Kingsbury, 1992), терапии эго-состояний (Phillips, 1993; Watkins, Watkins, 1997) и систематической десенсибилизации (Wilshire, 1996). Макховек (MacHovec, 1984) исследовал вопросы применения различных техник гипноза для ПТСР, а Торэм (Torem, 1992) описал применение техники возрастной прогрессии к двум пациентам, перенесшим множественные травмы.

Из нашего обзора литературы видно, что техники гипноза используются в течение более 150 лет при лечении посттравматических состояний. Хотя клиницисты разных эпох и стран неизменно сообщают о применении гипноза при лечении посттравматических расстройств и существует одно специальное Рандомизированное исследование пациентов с ПТСР, согласно критериям DSM-III, необходимы другие специальные рандомизированные исследования, отвечающие критериям современной диагностики, для того, чтобы гипноз можно было считать «эмпирически подтвержденным методом лечения» ПТСР (Cardena, 2000). Положительные результаты предшествующих наблюдений обосновывают необходимость дальнейших более детальных исследований.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Существуют очевидные теоретические причины и клинические наблюдения свидетельствующие в пользу рекомендации гипноза в качестве дополнения к лечению ПТСР, но первоначально следует попытаться рассеять заблуждения пациента по поводу сущности гипноза, для чего можно применить ряд вопросов, оценивающих его представления о гипнозе и его ожидания от этой процедуры (Keller, 1996). Гипноз — это процедура, которая может способствовать установлению терапевтических взаимоотношений. Мы считаем, что техники гипноза могут облегчить важную задачу переработки травматических воспоминаний и улучшения навыков совладания и чувства компетентности (например, посредством техник для укрепления Эго). Они также могут быть особенно полезными для пациентов, испытывающих тревожность, боль, диссоциативные симптомы и проблемы со сном. И, как уже упоминалось выше, гипноз повышает эффективность различных терапевтических подходов.

Хотя число систематических исследований результатов лечения с применением гипноза ограничено, имеются общие основания полагать, что гипноз может способствовать процессу лечения, интенсифицировать и ускорять его (уровень D АНСРР). Клинические сообщения и наблюдения, проводившиеся в течение почти двух столетий, а также специальное исследование Брома и коллег (Brom et al., 1989) позволяют заключить, что гипноз может быть эффективной и безопасной дополнительной процедурой при лечении ПТСР и других посттравматических состояний (уровень С АНСРР). Мы надеемся, что в литературные обзоры, которые появятся в будущем, будет включен и анализ результатов исследований, направленных на оценку эффективности и результативности применения гипноза как дополнительного метода в лечении ПТСР.

Ниже приводится перечень противопоказаний к использованию традиционных техник гипноза:

1. В редких случаях для индивидуумов, невосприимчивых или маловосприимчивых к внушению, техники гипноза могут быть бесполезными или малоэффективными, так как существуют свидетельства того, что гипнабельность связана с результативностью лечения (Levitt, 1994; Spiegel et al., 1981, 1993). Существуют простые, но эффективные способы оценки гипнабельности в клинических условиях, как, например, Профиль гипнотической индукции (НИР) (Spiegel, Spiegel, 1987) и Стэнфордская клиническая шкала гипноза (Morgan, Hilgard, 1978-1979).
2. Некоторые пациенты с ПТСР могут отказаться от гипноза по религиозным убеждениям или каким-либо другим причинам. Если их сопротивление не удастся устранить в беседе после попытки рассеивания ошибочных

убеждений, можно попробовать другие суггестивные техники. Это может быть например, терапия эмоциональной саморегуляции (Emotional self-regulation therapy — ESRT), которая проводится с открытыми глазами и включает упражнения по сенсорному вспоминанию, а не гипнотическую индукцию (Bayot et al., 1997; Kirsch et al., 1999).

3. Для пациентов-гипотоников или пациентов, которые слишком легко засыпают, процедуры гипноза по релаксации могут быть заменены такими процедурами, как «движение рукой», которые способствуют поддержанию состояния бдительности и активности (Cardena et al, 1998).

ЛИТЕРАТУРА

- Alpern H. S., Carbone H. A., Brooks J. T.* (1946). Hypnosis as a therapeutic technique in the war neuroses. *Bulletin of the U.S. Army Medical Department*, 5, 315-324.
- Balson P. M., Dempster C R.* (1980). Treatment of war neuroses from Vietnam. *Comprehensive Psychiatry*, 211, 167-175.
- Bayot A., Capafons A., Cardena E.* (1997). Emotional self-regulation therapy: A new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 146-156.
- Benningfield M. F.* (1992). The use of hypnosis in the treatment of dissociative patients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 17-31.
- Bremner J. D., Scott T. M., Delaney R. C., Southwick S. M., Mason J. W., Johnson D. R., Innis R. B., McCarthy G., Charney D. S.* (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1015-1019.
- Bremner J. D., Southwick S., Brett E., Fontana A., Rosenheck R., Charney D. S.* (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Brende J.* (1985). The use of hypnosis in posttraumatic conditions. In W. E. Kelly (Ed.), *Post-traumatic stress disorder and the war patient* (pp. 193-210). New York: Brunner/Mazel.
- Brende J., Benedict B.* (1980). The Vietnam combat delayed stress response syndrome: Hypnotherapy of "dissociative symptoms." *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 38-40.
- Brenman M., Gill M. M.* (1947). *Hypnotherapy*. New York: International Universities Press.
- Breuer J., Freud S.* (1982). *Studies on hysteria*. New York: Basic Books. (Original work published 1895).
- Brom D., Kleber R.J., Defares P. B.* (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Brown D., Schefflin A., Hammond C.* (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: Norton.
- Brown D. E., Fromm E.* (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown W.* (1919, June 14). Hypnosis, suggestion, and dissociation. *British Medical Journal*, 734-736.

- Burgess C. A., Kirsch I.* (1997, November). Honest warnings mitigate the negative effect of hypnosis on memory. Paper presented at the 48th Annual Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Washington, DC.
- Butler L. D., Duran R. E. F., Jasiukaitis P., Koopman C, Spiegel D.* (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology *American Journal of Psychiatry*, 153, 41-63.
- Butler L., Spiegel D.* (1997). Trauma and memory. In L. Dickstein, M. Riba, J. Oldham (Eds.), *Review of psychiatry* (pp. 11-53). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cardena E.* (1993). Hypnotizability and mental boundaries: A correlational study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 331.
- Cardena E.* (1994). The domain of dissociation. In S.J. Lynn J., Rhue (Eds.), *Dissociation-Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford Press.
- Cardena E.* (1995, August). Alterations of consciousness in hypnosis and trauma. Early Career Award Address at the 103rd Annual Meeting of the American Psychological Association, New York.
- Cardena E.* (1996). Dissociativity in Gulf War PTSD patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 394.
- Cardena E.* (1997). The etiologies of dissociation. In S. Powers, S. Krippner (Eds.), *Broken images, broken selves* (pp. 61-87). New York: Brunner/Mazel.
- Cardena E.* (2000). Hypnosis for the treatment of trauma: A probable but not yet supported efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 221-234.
- Cardena E., Alarcon A., Capafons A., Bayot A.* (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 280-294.
- Cardena E., Grieger T, Staab J., Fullerton C, Ursano R.* (1997). Memory disturbances in the acute aftermath of disasters. In J. D. Read, D. S. Lindsay (Eds.), *Recollection of trauma* (p. 568). New York: Plenum Press.
- Cardena E., Spiegel D.* (1991). Suggestibility, absorption and dissociation: An integrative model of hypnosis. In J. F. Schumaker (Ed.), *Human suggestibility: Advances in theory, research and application* (pp. 93-107). New York: Routledge.
- Cardena E., Spiegel D.* (1993). Dissociative reactions to the San Francisco Bay Area earthquake of 1989. *American Journal of Psychiatry*, 150, 474-478.
- Christianson S., Loftus E.* (1987). Memory for traumatic events. *Applied Cognitive Psychology*, 1, 225-239.
- Classen C, Koopman C, Hales R., Spiegel D.* (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Crocq L., De Verbizier J.* (1989). Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. *Annales Medico-Psychologiques*, 147, 983-987.
- Daly E., Wulff J.* (1987). Treatment of a post-traumatic headache. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 85-88.
- Dobkin de Rios M., Friedmann J. K.* (1987). Hypnotherapy with Hispanic burn patients. *International Journal of Clinical and Experimental Psychology*, 35, 87-94.

- pracu C. V., Riggs D. S., Hearst-Ikeda D., Shoyer B. G., Foa E. B.* (1996). Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 253-267.
- Oywan J., Bowers K.* (1983). The use of hypnosis to enhance recall. *Science, 222*, 184-185.
- Ebert B. W.* (1988). Hypnosis and rape victims. *American Journal of Clinical Hypnosis, 31*, 50-56.
- Edgette J. H., Edgette J. S.* (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Eich E.* (1995). Searching for mood dependent memory. *Psychological Science, 6*, 67-75.
- Eichelman B.* (1985). Hypnotic change in combat dreams of two veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 142*, 112-114.
- Eisen M. L., Anderson A., Cooper T, Horton M., Stenzel C* (1994, August). Repeated child abuse, parental addictions, interpersonal trust and hypnotizability. Paper presented at the 102nd Annual Convention of the American Psychological Association, Los Angeles.
- Ellenberger H. E.* (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Erdelyi M. H.* (1994). Hypnotic hypermnesia: The empty set of hypermnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 42*, 379-390.
- Ffrench C* (1995). The meaning of trauma: Hypnosis and PTSD. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 23*, 113-123.
- Fischer C.* (1943). Hypnosis in treatment of neuroses due to war and to other causes. *War Medicine, 4*, 565-576.
- Foa E. B., Hearst-Ikeda D.* (1996). Emotional dissociation in response to trauma. In L. K. Michel-son, W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 207-226). New York: Plenum Press.
- Foa E. B., Hearst-Ikeda D., Perry K.* (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.
- Frederick C, McNeal S.* (1993). From strength to strength: "Inner strength" with immature ego states. *American Journal of Clinical Hypnosis, 35*, 250-256.
- Friedrich W. N.* (1991). Hypnotherapy with traumatized children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 39*, 67-81.
- Fromm E., Nash M. R.* (1997). *Psychoanalysis and hypnosis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Gill M. M., Brenman M.* (1961). *Hypnosis and related states*. New York: International Universities Press
- Gillespie R. D.* (1943). *Psychological effects of war on citizen and soldier*. London: Chapman Hall.
- Gold J., Cardena E.* (1993, August) Sexual abuse and combat-related trauma: Psychometric and phenomenological resemblance. Paper presented at the 101st Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Grinker R. R., Spiegel J. P.* (1945). *Men under stress*. Philadelphia: Blakiston.
- Fladfield J. A.* (1944). Treatment by suggestion and hypno-analysis. In E. Miller (Ed.), *The neuroses in war* (pp. 128-149). New York: Macmillan.

- Hammond D. C., Garver R. B., Mutter C. B., Crasilneck H. B., Fnschholz E., Gravitz M. A Hibler N. S., Olson J., Schefflin A., Spiegel H., Wester W. (1995). *Clinical hypnosis and memory: Guidelines for clinicians and for forensic hypnosis*. Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.
- Hartland J. (1965). The value of ego-strengthening procedures prior to direct symptom removal under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 89-93.
- Hilgard E. (1965). *The experience of hypnosis*. New York: Harcourt.
- Hossack A., Bentall R. P. (1996). Elimination of posttraumatic symptomatology by relaxation and visual-kinesthetic dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 99-110.
- Hyer L. A., Albrecht W., Poudewyns P. A., Woods M. G., Brandsma J. (1993). Dissociative experiences of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports*, 73, 519-530.
- International Society for the Study of Dissociation. (1994). *Guidelines for treating dissociative identity disorder*. Chicago: Author.
- International Society for Traumatic Stress Studies. (1998). *Childhood trauma remembered*. Northbrook, IL: Author.
- Janet P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: F. Alcan. (Reissued: Societe Pierre Janet, Paris, 1973).
- Janet P. (1898). *Neuroses et idees fixes (Vol. 1)*. Paris: F. Alcan. (Reissued: Societe Pierre Janet, Paris, 1990).
- Jaycox L. H., Foa E. B., Morral A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- Jiranek D. (1993). Use of hypnosis in pain management in post-traumatic stress disorder. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 21, 75-84.
- Jung C G. (1921-22). The question of the therapeutic value of "abreaction". *British Journal of Psychiatry*, 2, 13-22.
- Kardiner A., Spiegel H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kartchner F. D., Kornerl. N. (1947). The use of hypnosis in the treatment of acute combat reactions. *American Journal of Psychiatry*, 703, 630-636.
- Keller R. F. (1996). Assessment of client beliefs and expectations of hypnosis and treatment. *Psychological Hypnosis*, 5, 808-812.
- Kingsbury S.J. (1988). Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder: An isomorphic intervention. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 81-90.
- Kingsbury S.J. (1992). Strategic psychotherapy for trauma: Hypnosis and trauma in context. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 85-96.
- Kingsbury S. J. (1993). Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 161-169.
- Kirsch I. (1994). Defining hypnosis for the public. *Contemporary Hypnosis*, 11, 142-143.
- Kirsch I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments: Another meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-519.
- Kirsch I., Capafons A., Cardena E., Amigo S. (1999). Clinical hypnosis and self-regulation: An introduction. In I. Kirsch, A. Capafons, L. Cardena, S. Amigo (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective* (pp. 3-18)-Washington, DC: American Psychological Association.

- fcirsch I., Montgomery G., Sapirstein G.* (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kluft R. P.* (1985). Dissociation as a response to extreme trauma. In R. P. Kluft (Ed.), *Childhood antecedents of multiple personality* (pp. 66-97). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- jfluft R. P.* (1991). Hypnosis in childhood trauma. In W. Wester, D. J. O'Grady (Eds.), *Clinical hypnosis with children* (pp. 53-68). New York: Brunner/Mazel.
- Kluft R. P.* (1994) Applications of hypnotic phenomena. *Hypnos*, 21, 205-233.
- fcoopman C., Classen C, Spiegel D.* (1996). Dissociative responses in the immediate aftermath of the Oakland/Berkeley firestorm. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 521-540.
- KrippnerS., Colodzin B.* (1989). Multicultural methods of treating Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *International Journal of Psychosomatics*, 36, 79-85.
- Laurence J. R., Perry C.* (1983). Hypnotically created memory among highly hypnotizable subjects. *Science*, 222, 523-524.
- Lee E., Lu F.* (1989). Assessment and treatment of Asian-American survivors of mass violence. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 93-120.
- LeungJ.* (1994). Treatment of post-traumatic stress disorder with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22,87 96.
- Levitt E. E.* (1994). Hypnosis in the treatment of obesity. In S.J. Lynn, J. W Rhue, I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 533-553). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn S.J., Myers B., Malmoski P.* (1997). Hypnosis, pseudomemories, and clinical guidelines. In J. D. Read, D. Lindsay (Eds.), *Recollections of trauma* (pp. 305-336). New York: Plenum Press.
- MacHovec F.* (1984). The use of brief hypnosis for posttraumatic stress disorders. *Emotional First Aid*, 1,14-22.
- MaldonadoJ. R., Spiegel D.* (1994). Treatment of post traumatic stress disorder. In S.J. Lynn, J. W Rhue (Eds.), *Dissociation Clinical and theoretical perspectives* (pp. 215-241). New York: Guilford Press.
- MaldonadoJ. R., SpiegelD.* (1998). Trauma, dissociation and hypnotizability. In R. Marmar, D. Bremner (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 57-106). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Manning C.* (1996). Treatment of trauma associated with childhood sexual assault. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 36-45.
- Marmar C. R., Weiss D. S., Schlenger W. E., FairbankJ. A., Jordan B. K., Kulka R. A., Hough R. L.* (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 15, 902-907.
- Matthews W.J., Bennett H., Bean W., Gallagher M.* (1985). Indirect versus direct hypnotic suggestions—an initial investigation: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 219-223.
- McConkey K. M., Sheehan P. W.* (1995). *Hypnosis, memory, and behavior in criminal investigation*. New York: Guilford Press.
- McDougall W.* (1920-1921). The revival of emotional memories and its therapeutic value (III)-*British Journal of Psychology*, 1,23-29.

McDougall W. (1926). An outline of abnormal psychology. London: Methuen.
Mira E. (1943). Psychiatry in war. New York: Norton.
Morgan A. H., Hilgard E. R. (1978-1979). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults
American Journal of Clinical Hypnosis, 21, 134-147. *Muraoka M., Komiyama H., Hosoi M., Mine K., Kubo C.* (1996). Psychosomatic treatment
of phantom limb pain with posttraumatic stress disorder: A case report. *Pain* 66
385-388. *Myers C S.* (1916, March 18). Contributions to the study of shell-shock (III). *Lancet*
pp. 608-613. *Myers C S.* (1920-1921). The revival of emotional memories and its therapeutic value (II)
British Journal of Psychiatry, 1, 20-22. *Myers C S.* (1940). Shell shock in France 1914-18. Cambridge,
UK: Cambridge University Press. *Naples M., Hackett T. P.* (1978). The Amytal interview: History and
current uses. *Psychosomatics*, 19, 98-105. *Nonne M.* (1915). Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fal len von
Knegshysterie. *Medizinische Klinik*, 11, 1391-1396. *Nash M. R.* (1992). Hypnosis, psychopathology, and psychological
regression. In E. Fromm,
M. R. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 149-169). New York:
Guilford Press. *Nijenhuis E. R. S., Spinhoven P., Van Dyck R., van der Hart O., Vanderlinden J.* (1996).
The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-
20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694. *Nijenhuis E. R. S., van der Hart O.* (1999).
Forgetting and experiencing trauma: From anesthesia to pain. In J. M. Goodwin, R. Attias (Eds.),
*Splintered reflections: Images of the
body in trauma* (pp. 39-65). New York: Basic Books. *Orne M. T., Axelrad D., Diamond B. L., Gravitz M.
A., Heller A., Mutter C. B., Spiegel D.,
Spiegel H.* (1985). Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis.
Journal of the American Medical Association, 253, 1918-1923. *Ovetton D. A.* (1978). Major theories of
state dependent learning. In B. T. Ho, D. W. Richards,
D. L. Chute (Eds.), *Drug discrimination and state dependent learning* (pp. 283-318).
New York: Academic Press. *Peebles M.J.* (1989). Through a glass darkly: The psychoanalytic use of
hypnosis with
posttraumatic stress disorder. *International Journal of Clinical and Experimental
Hypnosis*, 37, 192-206. *Pekala R.J., Kumar V, K., Marcano G.* (1995). Anomalous/paranormal
experiences, hypnotic
susceptibility, and dissociation. *Journal of the American Society for Psychical Research*,
89, 313-332. *Perry J. C. Jacobs D.* (1982). Overview: Clinical applications of the amytal interview in
psychiatric
emergency settings. *American Journal of Psychiatry*, 135, 552-559. *Phillips M.* (1993). Turning
symptoms into allies: Utilization approaches with posttraumatic
symptoms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 179-180. *Piccione C, Hilgard E. R., Zimbardo P.
G.* (1989). On the degree of stability of measured
hypnotizability over a 25 year period. *Journal of Personality and Social Psychology*,
56, 289-295.

- putnam F. W.* (1992). Using hypnosis for therapeutic abreactions. *Psychiatric Medicine*, 10,51-65.
- putnam F. W., Carlson E. B.* (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. In J. D. Bremner, C R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 27-55). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- RhueJ., Lynn S.J.* (1991). Storytelling, hypnosis and the treatment of sexually abused children. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39,198-214.
- Richmond K., Berman B. M., DochertyJ. P., Holdstein L. B., Kaplan G., KeilJ. £., Krippner S., Lyne S., MostellerE., O'Connor B. B., Rudy E. B., SchatzbergA. F.* (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.
- Rivers W. H.* (1918, February 2). The repression of war experience. *Lancet*, pp. 173-177.
- Ross T. A.* (1941). *Lectures on war neuroses*. London: Edward Arnold.
- Roth S. H., Batson R.* (1993). The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution. *Journal of Traumatic Stress*, 6,159-177.
- Sargant W.* (1942, November 19). Physical treatment of acute war neuroses. *British Medical Journal*, pp. 574-576.
- Scheff T.* (1980). *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Los Angeles: University of California Press.
- ISchoenbergerN, Kirsch I., Gearan P., Montgomery G., Pastymak S.* (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Shalev A. Y., Bonne O., Eth S.* (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58, 165-182.
- Shalev A. Y., Peri T., Canetti L., Schreiber S.* (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 219-225.
- ShermanJ.J.* (1998). Effects of psychotherapeutic treatment for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-436.
- Shor R. E., Ome E. C.* (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility. Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Simmel E.* (1919). *Knegs-Neurosen und psychisches Trauma*. Munchen & Leipzig: Otto Nemnich.
- Smith G. E., Pear T. H.* (1917). *Shell shock and its lessons*. London: University Press.
- Smith M. L., Glass G. V., Miller T. I.* (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith W.H.* (1991). Antecedent of posttraumatic stress disorder: Wasn't being raped enough? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 129-133.
- tSomereE.* (1994). Hypnotherapy and regulated uncovering in the treatment of older survivors of Nazi persecution. *Clinical Gerontologist*, 14, 47-65.
- Southard E. E., Fenton N.* (1919). *Shell-shock and other neuropsychiatric problems*. Boston: W M. Leonard.
- Spiegel D.* (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 33-40.
- Spiegel D.* (1989). Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. *Psychiatric Climes of North America*, 12, 295-305.

- Spiegel, D.* (1992). The use of hypnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatric Medicine* 10,21-30.
- Spiegel D.* (1994). Hypnosis. In R. E. Hales, S. C Yudofsky J. A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (pp. 1115-1142). Washington, DO American Psychiatric Press.
- Spiegel D., Cardena E.* (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 39-43.
- Spiegel D., Cardena E.* (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366-78.
- Spiegel D., Detrick D., Frischholz E.* (1982). Hypnotizability and psychopathology *American Journal of Psychiatry*, 139,431-437.
- Spiegel D., Frischholz E.J., Fleiss J. L., Spiegel H.* (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1090-1097.
- Spiegel D., Frischholz E.J., Maruffi B., Spiegel H.* (1981). Hypnotic responsivity and the treatment of flying phobia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 239-247.
- Spiegel D., Hunt T., Dondershine H. E.* (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 301-305.
- Spiegel H., Spiegel D.* (1987). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Staab J. E., Grieger T.A., Fullerton C S., Ursano R.J.* (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2, 219-225.
- Stutman R. K., Bliss E. L.* (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-743.
- Tellegen A., Atkinson G.* (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ("absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Terr L.* (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Torem M. S.* (1992). "Back from the future": A powerful age progression technique. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 81-88.
- Valdiserri E. V., Byrne J. P.* (1982). Hypnosis as emergency treatment for a teenage rape victim. *Hospital and Community Psychiatry*, 33,767-769.
- van derHart O., Boon S., Van Everdingen G. B.* (1990). Writing assignments and hypnosis in the treatment of traumatic memories. In M. L. Fass, D. Brown (Eds.), *Creative mastery in hypnosis and hypnoanalysis* (pp. 231-253). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- van derHart O., Brown P.* (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-140.
- van derHart O., Brown P., van derKolk B. A.* (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2,379-396.
- van derHart O., Horst R.* (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2,397-412.
- van der Hart O., Spiegel D.* (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 191-209.

van der Hart O., van der Kolk B.A., BoonS. (1998). Treatment of dissociative disorders. In J. D. Bremner, C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 253-283). Washington, DC: American Psychiatric Press.

van der Kolk B. A., McFarlane A. C., van der Hart O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress* (pp. 417-440). New York: Guilford Press.

van der Kolk B. A., van der Hart O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.

VijselaarJ., van der Hart O. (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 1-6.

WatkinsJ. (1949). *Hypnotherapy of war neuroses*. New York: Ronald Press.

WatkinsJ. (1987). *Hypnotherapeutic techniques: Clinical hypnosis* (Vol. 1). New York: Irvington.

WatkinsJ. (in press). The psychodynamic treatment of combat neuroses (PTSD) with hypnosis during World War II. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

WatkinsJ., WatkinsH. (1997). Overt-covert dissociation and hypnotic ego-state therapy. In L. K. Michelson, W J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 431-448). New York: Plenum Press.

WegnerD. M., PennebakerJ. W. (1993). *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Wilshire D. (1996). Trauma and treatment with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 125-136.

Супружеская и семейная терапия

Дэвид С. Риггс

Клиницисты уже давно пришли к выводу, что брачные и семейные отношения играют важную роль в совладании индивида с травматическим опытом (Barrett, Mizes, 1988; Beiser et al, 1989; Davidson et al., 1991; Solomon et al., 1990). Травматическое событие и его последствия оказывают сильное влияние на партнеров и семьи людей, переживших травму (см., например, Figley, 1985; Waysman et al., 1993). Понимание роли семьи и партнера в процессе совладания с травмой привело многих авторов к убеждению, что семейная терапия должна быть включена как обязательный или возможный компонент в программы лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и других последствий травмы (см., напр.: Figley, 1988, 1989; Glynn et al., 1995). К сожалению, несмотря на множество предложений относительно того, как использовать терапию пар и семьи в реабилитационных программах, не существует контролируемых исследований эффективности этого вида терапии в лечении последствий травмы, да и вообще на этот счет имеется очень мало эмпирических данных. Таким образом, настоящий обзор основан преимущественно на теоретической и клинической литературе, посвященной лечению ПТСР и коррекции других проблем, связанных с психической травмой.

Хотя терапия пар и семейная терапия являются отдельными направлениями со своей историей и особенностями, их объединяют общие теоретические положения (например, системный фокус, несколько возможных участников). Авторы, предложившие включить терапию пар и семьи в программы лечения посттравматических симптомов, основывались на опре-

деленных аргументах в пользу этих подходов. Таким образом, в данной главе я использую термин «супружеская/семейная терапия» при анализе аргументов в поддержку использования обоих направлений. Там, где речь будет идти об одном подходе — терапии пар или семейной терапии, — я буду называть их по отдельности.

СТРУКТУРА ГЛАВЫ

В связи с тем что системные исследования эффективности супружеской/ семейной терапии ПТСР практически отсутствуют, основная часть настоящего обзора посвящена обоснованию применения этого вида терапии и его задачам.

Обзор разделен на две части, отражающие два взгляда на применение супружеской/семейной терапии для лечения посттравматической симптоматики. В первой части отражено положение, что травма и ее последствия прямо и косвенно влияют на благополучие семьи и взаимоотношения индивидов, переживших травматическое событие (Carroll et al., 1985; Jordan et al., 1992; Solomon et al., 1987; Waysman et al., 1993). Основной при данном подходе является работа с нарушениями в семье как системе, произошедшими вследствие переживания травмы одним или несколькими ее членами. Таким образом, внимание сосредоточивается скорее на снижении дистресса в нарушенных травмой взаимоотношениях, чем на симптомах конкретного индивида. Направления терапии, поддерживающие это положение, основываются на теоретических основах супружеской/семейной терапии, созданной для терапии пар и семьи, не связанной с посттравматическими симптомами. В данной главе я буду называть эти подходы *системной терапией*.

Второй способ применения супружеской/семейной терапии в лечении посттравматических симптомов направлен на определение и разработку роли партнера и членов семьи как помощников пережившего травму индивида в его работе по снижению посттравматической симптоматики (Barrett, Mizes, 1988; Beiser et al., 1989; Davidson et al., 1991; Solomon et al., 1990). В соответствии с данным подходом считается, что супруг или член семьи является важным источником социальной поддержки для пациента. Супружеская/семейная терапия основное внимание сосредотачивает на развитии способностей супруга или члена семьи к оказанию такой поддержки. Данная модель супружеской/семейной терапии основывается преимущественно на просветительном и тренинговом подходе к лечению, а также использует некоторые аспекты семейной терапии и терапии пар. Данный подход я буду называть *поддерживающей психотерапией*.

Описанные направления супружеской/семейной терапии посттравматических симптомов содержат различные техники и имеют разные фокусы воздействия. Системная терапия фокусируется на дистрессе в семье или взаимоотношениях, возникших в результате травмы. Поддерживающая терапия, напротив, сосредотачивается на симптомах, которыми страдает индивид, переживший травму. Выделенные различия ведут к разнице в методах оценки эффективности каждого подхода. Эффективность системной терапии сводится к улучшению функционирования семьи или взаимоотношений в паре с особым вниманием к внутрисистемной коммуникации. Эффективность поддерживающей терапии, напротив, оценивается по изменениям в симптомах пациента.

Естественно, данные подходы не исключают друг друга, — более того, существуют пересечения в используемых ими техниках, а также в оценке эффективности результатов. Например, авторы, которые предлагают системную терапию, основываются на роли семьи в оказании социальной поддержки и (в идеале) в создании безопасной обстановки для выздоровления. Авторы, которые считают, что целью терапии должно быть обучение и тренинг супруга или членов семьи, также полагают, что травма одного члена семьи может значительно влиять на тех, которые не подвергались воздействию травматического события (или на членов семьи, подвергшихся такой же травме). Тем не менее, исходя из различных теоретических оснований, единиц анализа (системный/ индивидуальный) и методов измерения эффективности, мы будем рассматривать данные направления по отдельности.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ

Основы системного подхода к терапии

В некоторых случаях (например, при стихийных бедствиях, автомобильных катастрофах, убийстве члена семьи) семейная пара или целая семья переживает травму. В этих ситуациях вполне вероятно возникновение нарушений в семейной системе и, следовательно, логика построения терапевтического вмешательства довольно ясна. Однако даже в тех случаях, когда только один член семьи непосредственно пережил травматический опыт, можно говорить (и этот факт эмпирически доказан) о воздействии травмы на всю семью. Например, ветераны войны, страдающие ПТСР, демонстрируют высокий риск возникновения межличностных проблем (Card, 1987; Carroll et al., 1985; Jordan et al., 1992; Waysman et al., 1993). Ветераны с ПТСР часто бывают не удовлетворены близкими отношениями (Carroll et al., 1985; Jordan et al.,

1992). Более того, эти отношения характеризуются меньшей близостью и экспрессивностью и большей конфликтностью и агрессией, чем близкие взаимоотношения у ветеранов без ПТСР (Carroll et al, 1985; Jordan et al., 1992, Solomon et al, 1987). Партнеры вьетнамских ветеранов с ПТСР также демонстрируют меньшую удовлетворенность совместной жизнью, чем партнеры ветеранов без ПТСР (Jordan et al., 1992). Влияние ПТСР на партнеров ветеранов может быть более широким, чем просто ухудшение взаимоотношений. Бекхам с соавт. (Beckman et al., 1996) в своем исследовании показали, что психологический дистресс, испытываемый партнерами вьетнамских ветеранов с ПТСР, тесно взаимосвязан с тяжестью симптомов, переживаемых самим ветераном. Кроме того, в другом исследовании (Waysman et al, 1993) было показано, что жены ветеранов войны в Израиле, страдающих ПТСР, имеют больше психиатрических симптомов и сложностей в социальных контактах, чем жены ветеранов без ПТСР. Авторы связывают эти различия с ригидными и конфликтными семейными коммуникациями. Наличие значительных семейно-брачных нарушений является сильным стимулом для включения супружеской/семейной терапии в обзор по терапии посттравматической симптоматики.

По своему определению, системная терапия в большей степени фокусируется на реакциях семьи или пары на травматическое событие, чем на посттравматических симптомах одного или нескольких членов семьи. Успешным результатом считается улучшение семейного функционирования (прежде всего в плане улучшения коммуникаций и снижения конфликтов). Для достижения этих целей предлагаются две основные стратегии: (1) семейная терапия — фокусирование на снижении конфликтов и оптимизации коммуникаций в целой семье; и (2) терапия пар — фокусирование на помощи в диадической коммуникации и снижении конфликтов между супругами.

Основы поддерживающего подхода к терапии

Основным аргументом для использования поддерживающей терапии супругов и членов семьи является положение о том, что эти люди являются главным источником социальной поддержки для переживших психическую травму индивидов. Действительно, как правило, именно супруги и члены семьи оказывают первичную поддержку пострадавшим (Beach et al., 1993; McLeod et al., 1992; Syrotuik, D'Arcu, 1984). Роль социальной поддержки в процессе совладания с травмой показана во многих исследованиях (Barrett, Mizes, 1988; Beiser et al, 1989; Davidson et al., 1991; Solomon et al., 1990). Доказано также, что обучение и поддерживающая терапия членов семьи пострадавшего помогает им оказывать более эффективную помощь

в совладании с травмой. Другим аргументом в пользу работы с членами семьи является тот факт, что партнеры переживших травму индивидов могут сознательно или неосознанно саботировать лечение, чего нельзя допустить (Foa, Rothbaum, 1998).

МЕТОДЫ СБОРА ДАННЫХ

В связи с тем, что в литературе нет полного обзора результатов применения супружеской/семейной терапии для работы с травмой, настоящий обзор основан исключительно на первоисточниках. Первым шагом в поиске статей и глав монографий по данному вопросу было использование баз данных PsycLIT и PILOT. Велся поиск статей и глав монографий по ключевым словам «терапия пар», «терапия супругов» или «семейная терапия» в сочетании с хотя бы одним из терминов: «ПТСР», «посттравматическое стрессовое расстройство», «травма», «стихийное бедствие», «война», «насилие», «изнасилование». В результате поиска был собран список приблизительно 150 публикаций. Названия и резюме статей были просмотрены на предмет содержания в них эмпирических данных и/или описания терапевтических подходов. В связи с тем, что терапия детей рассматривается в отдельном обзоре, материалы, относящиеся к лечению детской травмы, были исключены из рассмотрения. Оставшиеся статьи и главы монографий составили основу настоящего обзора. Кроме того, были добавлены работы, на которые ссылались авторы обнаруженных статей.

Несмотря на то, что многие авторы обсуждают необходимость включения супружеской/семейной терапии в программы лечения пациентов, переживших психические травмы, только очень немногие из них выделяют специальные техники для терапии травмы. Супружеская/семейная терапия часто включается в ряду других терапевтических подходов в комплексные программы лечения. Во многих случаях предложение о включении супружеской/семейной терапии в программу лечения представляет собой один параграф или короткую главу в очень обширном обсуждении целей лечения. В таких случаях авторы, по всей видимости, полагаются на осведомленность читателей о принципах супружеской/семейной терапии или же отсылают их к источникам, содержащим полное описание таких подходов. В настоящем обзоре я даю обобщенное описание техник супружеской/семейной терапии, предлагаемых для лечения пациентов, переживших психические травмы.

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРЫ Системный подход*Техники семейной терапии*

Наиболее полное описание системной семейной терапии пациентов, переживших травмы, сделано Фигли (Figley, 1983,1985,1986,1988,1995). Основная цель такой программы состоит в том, чтобы «расширить возможности семьи для преодоления суровых испытаний, вынесения из них позитивного опыта и готовности к ним в будущем» (Figley, 1995, p. 351). Согласно данной модели, терапевт работает с целью формирования навыков, которые дают возможность эффективного обмена информацией, решения проблем и разрешения конфликтных ситуаций. Фигли (Figley, 1986, 1995) описывает пять этапов терапии семей, переживших травму: (1) соглашение о целях терапии; (2) формулировка проблемы; (3) переформулировка проблемы; (4) разработка терапевтической теории; (5) окончание терапии. Данный подход по своей сути рассчитан на краткосрочную терапию, терапевт преимущественно оказывает помощь семье в развитии и усовершенствовании навыков взаимодействия со стрессом. Успешность терапии определяется не только улучшением текущего функционирования семьи, но также способностью семьи более эффективно справляться с будущими проблемами (Figley, 1995).

Первые сессии посвящаются установлению раппорта и доверия между терапевтом и членами семьи, а также определению роли терапевта как консультанта семьи. На втором этапе терапия фокусируется на идентификации проблем семьи, связанных с травмой. Этот этап включает исследование способов совладания, используемых членами семьи ранее, их преобладающих реакций на травматическое событие, а также препятствий успешному совладанию. Затем терапевт работает над усилением внутрисемейной поддержки и навыков коммуникации для расширения возможности обмена идеями и самораскрытия членов семьи. Затем члены семьи рассказывают о своих воспоминаниях, связанных с травмой. Когда они делятся травматическими переживаниями, возникает общая точка зрения на травматическое событие и реакции семьи на травму. На заключительном этапе индивидуальные точки зрения объединяются в общую терапевтическую теорию семьи или общее Повествование о травме и ее последствиях, которое разделяют все члены семьи. В этой теории содержится информация о том, что случилось, и о том, Как быть, если что-то подобное произойдет в будущем (Figley, 1995).

Анализ эмпирических данных показывает, что не существует контролируемых исследований эффективности терапевтического подхода Фигли.

Предлагаемые техники базируются на теории семейной терапии с фокусацией на травме. Ни в одном источнике, описывающем этот подход (Figley, 1983, 1985, 1986, 1988, 1995), не приводятся валидизированные методики оценки эффективности данного направления в работе с симптоматикой ПТСР или системными нарушениями, связанными с этим расстройством. Ни в одной работе не приведены исследования конкретных случаев для иллюстрации эффективности терапевтических техник.

Рекомендации

Описанное направление семейной системной терапии предназначено прежде всего для коррекции нарушений в семье, связанных с травмой. Техники этого подхода рекомендуется сочетать с другими, непосредственно предназначенными для работы с симптомами ПТСР. *Степень обоснованности: D.*

Сходный с описанным выше подход к терапии был предложен Эриксоном (Erikson, 1989), который адаптировал консультативный метод Вильямсов (Williams, Williams, 1982a, 1982b). Эта модель семейной терапии была создана для семей, в которых взрослеющие дети боролись за независимость от родителей. Таким образом, данный вид терапии используется в случаях, когда получившие травму уже взрослые дети борются против гиперопеки родителей. Эриксон (Erikson, 1989) применял этот подход в терапии семьи, где взрослая дочь 22 лет была изнасилована. Тем не менее предполагается, что это направление может применяться также в терапии супругов, семей и близких друзей пациентов. Эриксон подчеркивает, что данный подход наиболее целесообразно применять для «тех семей, которые адекватно функционировали до травмы и чья динамика может создать условия для самораскрытия и взаимной поддержки» (р. 273). Эриксон приводит краткое описание терапевтических результатов, подтверждающих это утверждение.

Цель терапии Эриксона (Erikson, 1989), как и подхода Фигли (Figley, 1995), описанного ранее, состоит в интеграции травмы в семейную систему и, следовательно, в усилении единства семьи с помощью совершенствования коммуникативных навыков и взаимной поддержки. Основной целью лечения является помощь семье по: (1) осознанию того, что травма является кризисом семьи, который требует совместного разрешения; (2) пониманию потребностей и нужд каждого члена семьи и реакция на них; (3) самораскрытию и выражению аффективных реакций; (4) пониманию того, что урон, нанесенный травмой, не является непоправимым. Основываясь на этих целях, Эриксон описал терапевтический подход, сочетающий индивидуальные и семейные сессии для пациентов, переживших сексуальные травмы, и их семей.

Сначала пациентка приходит на индивидуальные сессии, где обсуждаются ее переживания, связанные с насилием. Затем семья без пациентки приходит на сессию, где обсуждаются реакции членов семьи на травматическое событие. На втором этапе лечения пациентка и члены ее семьи собираются вместе и вновь обсуждают влияние данной травмы на семью. Каждому члену семьи, включая пациентку, предлагается написать неструктурированную «автобиографию» своих переживаний, связанных с травмой. Затем терапевт оценивает готовность семьи разделить чувства пациентки и поддержать ее, если она расскажет о своих переживаниях. Если семья к этому готова (достижение такого состояния зачастую требует работы с помощью техник традиционной семейной терапии), пациентка приглашает семью присоединиться к ней. Она кратко рассказывает историю изнасилования. Затем на протяжении трех сессий пациентка и семья обсуждают в деталях обстоятельства изнасилования и воздействие травмы на семью.

Опубликованных контролируемых исследований эффективности данного подхода не существует. В работе, описывающей это направление, нет данных об эффективности такого вида терапии в лечении посттравматических симптомов на системном или индивидуальном уровне. Исследований случаев в поддержку эффективности терапии также не приведено. Техники проиллюстрированы, однако данных о результатах терапии нет.

Рекомендации

В связи с тем, что единственная иллюстрация по применению системной терапии представлена в сочетании с индивидуальной терапией травмы изнасилования, рекомендуется использовать ее только в сочетании с другими техниками лечения симптомов ПТСР или после них. *Степень обоснованности: F.*

Харрис (Harris, 1991) описал модель семейной кризисной интервенции для работы с посттравматическими реакциями после недавней травмы. Он приводит пример терапии семьи, проведенной после изнасилования 18-летней дочери. Описана 5-шаговая проблемная интервенция для семьи, оказавшейся в кризисе после психической травмы, пережитой одним из ее членов. Первая фаза терапии посвящается установлению отношений раппорта и доверия между терапевтом и семьей. Вторая фаза включает: (1) выявление проблем, которые необходимо немедленно решать; (2) улучшение внутрисемейных Коммуникаций; (3) улучшение семейной социальной поддержки. На третьей стадии лечение состоит в исследовании возможных способов решения проблемы. С разрешения пережившего травму эта стадия посвящается обсуждению °го психологических сложностей. На четвертой стадии терапевт должен помочь семье предпринять конкретные действия для решения выявленных проблем.

При необходимости на заключительной стадии терапевт и семья договариваются о продолжении терапии.

Анализ литературы показал, что опубликованных исследований эффективности подхода Харриса (Harris, 1991) не существует. Данных по эффективности этого направления для лечения посттравматических симптомов также не найдено. Было обнаружено одно краткое описание случая, иллюстрирующего применение данного подхода. Телефонный опрос через три месяца после окончания лечения показал, что для пережившей изнасилование девушки «тема насилия перестала быть единственно важной проблемой и члены семьи счастливы в общении друг с другом» (р. 206). Следует отметить, что эта девушка прошла индивидуальную психотерапию до семейной и продолжала ее проходить на момент телефонного опроса.

Рекомендации

Поскольку в литературе найдена только одна работа, показывающая применение данного подхода в дополнение к индивидуальной терапии, рекомендуется использовать семейную терапию только в сочетании с другими техниками терапии ПТСР или после них (АНГРР, уровень F).

Несколько других авторов также представили свои рекомендации (правда, без конкретных описаний) для проведения семейной терапии с пережившими травму пациентами и их семьями. Основные цели, поставленные при каждом подходе, подобны ранее описанным и включают следующее:

снятие с пережившего травму роли пациента (Williams, Williams, 1980);

доведение до членов семьи информации о воздействии травмы (Mio, Foster, 1991; Williams, Williams, 1980);

проведение индивидуальных и семейных сессий (Mio, Foster, 1991; Rosenheck, Tompson, 1986);

развитие взаимной поддержки и коммуникативных навыков (Williams, Williams, 1980);

прояснение ролей и ценностей (Mio, Foster, 1991; Williams, Williams, 1980);

коррекция специфических эмоциональных нарушений, таких, как гнев, стыд, вина (Brende, Goldsmith, 1991; Williams, Williams, 1980);

идентификация и ослабление паттернов повторного переживания травмы (Brende, Goldsmith, 1991).

Терапия пар

Несколько авторов предлагают использовать терапевтические интервенции, которые фокусируются на взаимодействии между супругами, а не между членами целой семьи. Однако исследования только двух видов терапии пар были

опубликованы. Одно из таких направлений — критическая интерактивная терапия (Johnson et al., 1995) — анализируется как интервенция, осуществляемая в рамках более широкой структуры — семейной терапии, описанной Фигли (Figley, 1989, 1995). Другое направление — эмоционально-фокусированный подход к терапии пар (Johnson, 1989; Johnson, Williams-Keeler, 1998) — представляет собой дополнение к лечению супружеских проблем в случае, если один из супругов пережил психическую травму.

Джонсон с соавт. (Johnson et al., 1995) в разработанном ими подходе к терапии пар фокусируют внимание на основном паттерне взаимодействия супругов, который имеет место в семьях ветеранов войны во Вьетнаме. Авторы особенно рекомендуют этот подход в случае отдельных сессий (когда ветеран и члены его семьи приходят на сессии по отдельности) (Rosenheck, Thompson, 1986). В основу данного направления легло положение о том, что семьи индивидов, переживших травму, включаются в паттерны поведения, названные авторами «критическими интеракциями». Такие интеракции определяются как «повторяющийся конфликт, который имплицитно взаимосвязан с травматическими воспоминаниями» (р. 404). Критические интеракции возникают следующим образом: супружеские конфликты ведут к усилению тяжелых эмоциональных состояний, которые, в свою очередь, наталкивают участника военных действий на проведение параллелей его нынешнего состояния с состоянием во время пребывания во Вьетнаме. Таким образом, ветеран отдаляется от своей супруги (или проявляет эксплозивные вспышки гнева) и, как правило, вообще прекращает коммуникацию с ней. Супруги испытывают чувства страха, гнева и безнадежности, которые препятствуют разрешению конфликта и формированию общих взглядов на конфликт. Неспособность к разрешению конфликтной ситуации ведет к ее повторению. Терапия критических интеракций предполагает серию специальных интервенций, включающих: (1) исследование процесса интеракции в супружеской паре; (2) указание на взаимосвязь интеракций с травматическим опытом ветерана; (3) поощрение ветерана и его супруги на то, чтобы прекратить обвинения друг друга и других людей и начать оказывать поддержку; (4) выдвижение идей по улучшению коммуникации и оптимизации решения проблем. Последовательность интервенций, предложенных Джонсоном с соавт., выглядит следующим образом:

Супруги ведут свободную дискуссию

Идентифицируется конфликт, который связан с посттравматическими состояниями ветерана (он может быть лишь слегка заметен)

Терапевт выявляет травматические воспоминания, которые вызывают конфликт

Супругу просят оказать физическую поддержку ветерану (например, взять его за руку)

Ветерана просят рассказать травматический эпизод супруге. Терапевт дает комментарии по поводу связи травматического воспоминания с повторяющимся конфликтом.

Ветерана просят поделиться своими чувствами с супругой и поддержать ее. Терапевт описывает последовательность событий.

Терапевт дает домашнее задание, направленное на проработку конфликтного поведения дома. Работа с конфликтной темой продолжается на следующей сессии.

К сожалению, опубликованных контролируемых исследований по эффективности терапии критических интеракций не существует (Johnson et al., 1995). В статье, описывающей принципы терапии, не содержится данных в поддержку ее эффективности при лечении посттравматических симптомов на системном или индивидуальном уровне. Нет также исследований отдельных случаев, однако описываемые техники проиллюстрированы клиническими примерами.

Рекомендации

Данный подход выглядит более полезным для терапии межличностных проблем, нежели посттравматических симптомов. При этом усиление поддержки партнера может помочь в снижении симптомов ПТСР. Несмотря на отсутствие эмпирических подтверждений этого факта, рекомендуется применение терапии супружеских пар в сочетании со специальными техниками терапии ПТСР или после них. *Степень обоснованности: F.*

Второй подход к терапии пар, где один из супругов пережил травму, — эмоционально-фокусированная терапия пар — представляет собой попытку использования терапевтических программ коррекции супружеских проблем с уже установленной эффективностью, где один из супругов пережил травму. Техники эмоционально-фокусированной терапии пар (ЭФТП) подробно описаны (Johnson, 1996; Johnson, Greenberg, 1994). Терапия является краткосрочной (12-20 сессий), с фокусацией на «повторном переживании эмоциональных реакций, которые воздействуют на поведение привязанности» (Johnson, Williams-Keeler, 1998, p. 29). ЭФТП разделена на девять шагов, которые авторы рассматривают параллельно с тремя стадиями терапии переживших травму пациентов, описанной Маккан и Перлмен (MacCan, Pearlman, 1990). Джонсон и Вильямс-Келер описывают первые четыре шага ЭФТП (оценка, идентификация паттернов интеракций, идентификация эмоций и маркировка негативных паттернов интеракций как проблемы) как представляющие фазу стабилизации терапии посттравматического стресса. Шаги ЭФТП с пятого по

седьмой (осознание страхов, связанных с взаимоотношениями, понимание этого партнером, формулирование просьбы об определенном отношении со стороны партнера) соответствуют стадии расширения возможностей в терапии переживших травму. Наконец, восьмой шаг (развитие новых способов совладания) и девятый (интеграция новых паттернов интеракции в отношения) параллельны стадии интеграции в терапии травмы Маккан и Перлмен.

Опубликованных контролируемых исследований по эффективности ЭФТП в лечении переживших травму не существует. Однако имеется достаточно данных по эффективности ЭФТП для супружеских проблем в целом (Dunn, Schwebel, 1995; Johnson, Greenberg, 1985), а также для случаев, когда женщина в паре находится в состоянии стресса (Dessaules, 1991). Джонсон и Вильямс-Келер (Johnson, Williams-Keeler, 1998) считают, что ЭФТП эффективна для пар, где один или оба супруга пережили насилие, преступные нападения либо стихийные бедствия или были в зоне военных действий, однако авторы опубликовали только одно исследование такого случая (Johnson, 1989). Джонсон описывает успешную терапию пары, в которой супруга пережила инцест, однако для подтверждения эффективности терапии не использовались стандартизированные методики. Техники ЭФТП для работы с пережившими психическую травму иллюстрированы клиническими примерами (Johnson, 1989; Johnson, Williams-Keeler, 1998).

Рекомендации

Эмоционально-фокусированная терапия пар обнаружила свою эффективность в снижении супружеского дистресса в целом. Авторы работ по ЭФТП считают, что она эффективна также в контексте травмы. Усиление поддержки со стороны партнера может помочь в снижении симптомов ПТСР. Однако отсутствие эмпирических данных в поддержку этого заключения дает возможность рекомендовать ЭФТП только в сочетании со специальными техниками терапии ПТСР или после них. *Степень обоснованности: D.*

В результате библиографического поиска было обнаружено два систематических исследования терапии супругов, один из которых был ветераном войны во Вьетнаме. Оба исследования выполнены в рамках диссертационных работ.

Кахун (Саһоо, 1984) изучал влияние консультирования пар на ветеранов, посещающих терапевтическую группу в локальном центре ветеранов. Терапия пар включала адаптированный вариант супружеской терапии и фокусировалась на коммуникации и тренинге навыков решения проблем. Терапия пар проводилась в формате семи еженедельных сессий по 90-120 минут. Каждая. Участники группы набирались не случайным путем, а были рекомендованы для групповой терапии терапевтом центра ветеранов. Супружескую

терапию посещало небольшое число ветеранов, а полный курс прошли только девять пар. Ветераны, которые прошли полный курс терапии из семи сессий, достигли некоторого улучшения по самоотчету в отношении эмоциональной коммуникации и навыков решения проблем. В связи с небольшим количеством участников результаты не достигли требуемого уровня значимости ($p < 0.10$) Эффект терапии составил 0.18 и 0.41 соответственно. Партнеры ветеранов которые прошли полный курс терапии, продемонстрировали статистически значимое улучшение ($p < 0.05$) отношений в паре в целом, а также улучшение коммуникации, направленной на решение проблем. Эффект терапии для партнеров ветеранов составил 0.34 и 0.56 для общего состояния и проблемно-ориентированной коммуникации соответственно. Полученные результаты продемонстрировали значимые улучшения по возможностям совладания, которые оценивались руководителем групповой терапии (эффект терапии составил 0.72) и симптоматики ПТСР (эффект терапии составил 0.47).

Рекомендации

В связи с тем что опубликован только один клинический пример применения данного подхода в сочетании с групповой терапией ПТСР, рекомендуется использовать его только в сочетании со специальными техниками терапии ПТСР или после них. *Степень обоснованности: В.*

В единственном контролируемом исследовании терапии супругов, один из которых пережил травму (Sweany, 1988), случайно набранные 14 супружеских пар, в которых муж страдал от связанного с военными действиями ПТСР, проходили 8-недельную терапию. В другой группе никакая терапия в течение 8 недель не проводилась. Лечение включало 8 еженедельных сессий бихевиоральной терапии пар, по 2 часа каждая (Jacobson, Margolin, 1979). Терапия фокусировалась на улучшении коммуникации, усилении позитивных супружеских интеракций, обучении навыкам решения проблем и сближении супругов.

Группы сравнивались сразу после окончания терапии по стандартизированным методикам оценки удовлетворенности отношениями, депрессии и ПТСР-симптоматики. Результаты продемонстрировали незначительные межгрупповые различия по улучшению в удовлетворенности супружескими отношениями, снижению симптоматики депрессии и ПТСР в группе, прошедшей терапию. Однако улучшения были относительно невелики (эффект терапии не указан в отчете). Изменения в самоотчетах ветеранов и их партнеров по удовлетворенности супружескими отношениями показали значимые различия. Участники группы, прошедшей терапию, продемонстрировали

значительные улучшения по сравнению с контрольной группой. У ветерана из одной пары, прошедшей терапию, значительно снизились симптомы ПТСР по сравнению с контрольной группой.

Рекомендации

Бихевиоральная терапия пар оказалась эффективной в снижении супружеского дистресса в целом, и этот результат означает, что она эффективно работает при лечении травмы. Кроме того, исследования показывают, что терапия пар может быть эффективной в снижении симптоматики ПТСР. Однако в связи с тем, что большинство ветеранов предварительно проходили индивидуальную или групповую терапию ПТСР, рекомендуется проводить терапию пар в сочетании со специальными техниками лечения ПТСР или после них. *Степень обоснованности: А.*

Поддерживающая терапия

Большинство предложений о включении поддерживающей терапии супругов и/или семьи имеет место в контексте лечебных программ, направленных на снижение симптоматики ПТСР. В этом контексте специальные предложения по терапии партнеров или членов семьи редко описываются в деталях. Они кратко упоминаются как дополнительные к техникам лечения ПТСР (Blanchard, Hicking, 1997; Foa, Rothbaum, 1998; Keane et al., 1992). В случаях, когда приводятся специальные рекомендации по использованию поддерживающих техник, они, как правило, включают информирование членов семьи о феноменологии ПТСР и/или включение в терапию группы поддержки, а также техники по управлению стрессом.

Наиболее детальное описание поддерживающей терапии для супругов индивидов, переживших травму, приведено в работе израильских авторов (Solomon et al., 1992a). В ней содержится многоцелевая программа интенсивного лечения длительностью в один месяц, сочетающая в себе несколько терапевтических подходов. Для нашего обзора важен факт включения жен ветеранов в процесс лечения. Основные стратегии, используемые в работе с женами, детально описаны (Rabin, Nadi, 1991). Жены приглашались к участию в двух терапевтических сессиях до начала программы. На первой сессии им предлагалось обсудить проблемы, связанные с симптомами, которыми страдают мужья. Вторая сессия включала обсуждение посттравматических симптомов и сообщение информации об основных поведенческих и когнитивных Принципах терапии хронического ПТСР. В течение первой недели лечения жены ветеранов участвовали в семинаре, продолжающемся целый день, на кото-Ром они обучались навыкам когнитивного совладания и коммуникативным

навыкам, эффективному использованию оперантных стратегий подкрепления позитивного поведения их супругов. В течение второй недели терапевтической программы жены и члены семьи участвовали в «дне семьи», для которого ветераны организовывали развлекательные мероприятия. В это время с женами ветеранов проводились разъяснительные беседы. В течение последних двух недель программы ветераны вместе с женами проходили терапию супружеских пар, цель которой состояла в обсуждении общих проблем, улучшении коммуникации и навыков решения проблем. Ветераны также учились обращаться за помощью и поддержкой к своим супругам. Сформированные группы послужили основой для продолжения работы групп самопомощи после окончания программы. Эффективность данного проекта не исследовалась (Solomon et al. 1992b), эффект включения партнеров в программу лечения также не оценен.

Рекомендации

Среди терапевтов, участвующих в лечении переживших травмы пациентов, принято мнение о рациональности включения в терапию поддерживающих семейных/супружеских техник. Однако отсутствие каких-либо эмпирических данных в поддержку их эффективности затрудняет возможность выдачи рекомендаций. Таким образом, включение этих техник в терапию является оправданным, если этого хочет сам переживший травму или его партнер, при условии осторожного сочетания данных техник и индивидуальной терапии. *Степень обоснованности: D.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая результаты проведенного анализа, можно сказать, что литературы по применению семейной терапии и терапии пар для лечения переживших травму индивидов практически нет. Некоторые авторы считают, что использование этих техник с целью коррекции семейных нарушений усиливает поддержку, необходимую для переживших травму. Данные направления терапии являются преимущественно фокусированными на формировании навыков с особым акцентом на улучшении коммуникации, решении проблем, совладании и на взаимной поддержке. К сожалению, проведено крайне мало эмпирических исследований эффективности данных подходов. Даже в клинической литературе отсутствуют описания четко проведенных исследований случаев.

Два эмпирических исследования, обнаруженные в литературных источниках и соответствующие методологическим требованиям, были проведены на очень небольших выборках (9 и 14 супружеских пар). Тем не менее

результаты этих исследований показывают, что терапия пар, фокусированная на коммуникации и навыках решения проблем, может снизить дистресс в паре и (в одном случае) симптоматику ПТСР. Результаты этих исследований ограничены тем, что проведены только на выборках ветеранов войны во Вьетнаме и их супруг. Пока исследования не будут осуществлены на больших выборках, включающих индивидов, переживших различные виды травм, выводы о рекомендациях к использованию терапии пар для лечения ПТСР и супружеского дистресса, связанного с ПТСР, останутся преждевременными.

Большинство опубликованных результатов реализации других подходов в рамках семейной терапии и терапии пар ограничены клиническими описаниями без системных исследований их эффективности. Авторы приводят обширные теоретические обоснования в поддержку использования семейной терапии и терапии пар как отдельно от других видов лечения, так и в сочетании с ними для лечения посттравматических симптомов. При этом просматривается общая точка зрения на то, какие техники могут быть использованы в терапии ПТСР. Однако отсутствие эмпирической проверки данных подходов не позволяет ответить на вопросы, как и когда их следует применять и каким образом включать в терапевтические программы.

В настоящее время семейную терапию и терапию пар рекомендуется использовать в качестве дополнительных к терапии, непосредственно фокусированной на симптомах ПТСР, и, соответственно, не рекомендуется использовать отдельно. Однако, исходя из того, что нарушения семейного или супружеского функционирования часто встречаются у переживших травму индивидов, клиницистам рекомендуется оценить потребность пациентов, переживших травму, в супружеской/семейной терапии. Если такая потребность выявлена, то необходимо сочетать супружескую/семейную терапию с основным лечением ПТСР. При этом супружеская/семейная терапия должна быть сфокусирована на улучшении коммуникации и снижении конфликтности в семье или паре. Это касается также коммуникации по проблемам, связанным с травмой и ее последствиями. Важно отметить, что данные подходы сосредоточены на функционировании семьи или пары, но косвенным путем улучшения в этом функционировании могут снизить симптомы ПТСР у одного из членов семьи. Кроме того, некоторые описанные здесь техники включают определенные формы вскрывающей терапии (например, рассказ членам семьи о травме, обсуждение травматических тем). Если такие обсуждения происходят с помощью техник вскрывающей терапии, то вполне возможно, что супружеская/семейная терапия может приводить к снижению симптомов ПТСР.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ОБСУЖДЕНИЕ Показания и противопоказания

Отсутствие каких-либо эмпирических данных о супружеской/семейной терапии в лечении ПТСР означает, что общих правил относительно включения или не включения этого подхода в лечебные программы не существует. Однако из литературных источников все же можно почерпнуть некоторые рекомендации. Авторы, как правило, полагают, что семейная терапия должна применяться в случаях, если семейная система успешно функционировала до травмы. В таком случае терапия может фокусироваться на влиянии травмы на систему. В ситуациях, когда семейная система была дисфункциональна до травмы, необходимо провести традиционную семейную терапию до того, как будут обсуждаться проблемы, связанные с травмой.

В редких случаях, преимущественно когда травмированы дети, предполагается, что супружеская/семейная терапия может использоваться как единственный либо основной метод терапии психологических симптомов. Кроме того, авторы склоняются к мнению, что супружеская/семейная терапия может быть важным дополнением к другим формам лечения, которые фокусируются непосредственно на снижении посттравматических симптомов. Даже в случаях, когда семейная терапия рекомендуется как основное направление (Ericson, 1989; Figley, 1995), параллельно с семейной терапией либо до нее рекомендуется проводить терапию, специально фокусированную на симптоматике ПТСР или связанных с травмой нарушениях. Ничего не известно об эффективности отдельно проводимой супружеской или семейной терапии для лечения ПТСР или других посттравматических симптомов. Таким образом, в ожидании дальнейших исследований в терапии взрослых людей рекомендуется проводить супружескую/семейную терапию в сочетании с техниками, показавшими свою эффективность при лечении ПТСР, или после них.

Системный подход к супружеской/семейной терапии предполагает наличие нарушений в семейной системе. Несмотря на очевидность того, что переживание травмы оказывает влияние на сферу близких отношений (Jordan et al, 1992; Riggs et al., 1998), существуют семьи, которые добиваются успехов в совладании с травмой. Таким образом, решение о включении супружеской/семейной терапии в план лечения должно основываться на идентификации конкретных нарушений в семье и состояний неудовлетворенности семейными взаимоотношениями у ее членов.

Включение обсуждаемых видов терапии в план лечения с целью усиления поддержки супруга или семьи на протяжении индивидуальной терапии

симптомов ПТСР тщательно не изучалось. Очевидно, что предоставление информации о расстройстве и лечении супругу или другим членам семьи полезно для терапии, однако непонятно, следует ли это делать во всех случаях. Включение других в терапию возможно тогда, когда терапевт и травмированный пациент сообща решают, что это будет полезным для снижения симптоматики. Если терапевт подозревает, что члены семьи будут скрыто или явно препятствовать терапии, то их включение в процесс нецелесообразно. Важно отметить, что вмешательство семьи в процесс лечения может быть мотивировано многочисленными факторами, так что стратегии терапии должны учитывать особенности каждой отдельной семьи.

Насилие в семье

Многие авторы отмечают, что дистресс может возникать в результате совместной жизни с травмированным индивидом (Figley, 1985; Waysman et al., 1993). Действительно, этот дистресс является одной из главных причин проведения семейной или супружеской терапии. Однако в некоторых случаях дистресс возникает в связи с действиями пережившего травму. Например, уровень семейного насилия в семьях ветеранов с ПТСР значительно выше, чем у тех, кто не страдает расстройством (Jordan et al., 1992; Riggs et al., 1998). Среди специалистов по проблемам насилия в семье существуют разногласия по поводу того, следует ли проводить семейную терапию или терапию пары в случае семейного насилия. Определение наиболее эффективного и безопасного направления терапии в отношении семейного насилия зависит от множества факторов, таких, как частота и интенсивность насилия, а также его объективные и субъективные последствия. В целом мы рекомендуем клиницистам крайне осторожно принимать решение о применении супружеской и семейной терапии в случаях насилия в семье, связанного с травмой. В таких случаях рекомендуется обращаться к специалистам в области насилия в семье.

Раздельное проживание

или отсутствие взаимных обязательств

Несмотря на то, что вопрос о раздельном проживании супругов специально не обсуждается (за исключением отдельных случаев эмоционально-фокусированной супружеской терапии), отсутствие обязательств в текущих отношениях со стороны пережившего травму и/или его супруга (супруги) является Противопоказанием для применения супружеской терапии при ПТСР.

Другие направления использования супружеской/ семейной терапии переживших травму индивидов

В литературе не было найдено данных о применении супружеской/семейной терапии для лечения расстройств, коморбидных ПТСР. Однако супружеская терапия оказалась эффективной при лечении депрессии (Jacobson et al., 1990) и алкогольной зависимости (O'Farrell, 1994), — как сама по себе, так и в сочетании с другими видами лечения. В связи с тем, что эти виды психопатологии наиболее часто коморбидны ПТСР, данные формы терапии могут оказаться эффективными в случаях ПТСР с коморбидной депрессией и/или аддикциями. Однако четких рекомендаций в отношении использования супружеской или семейной терапии в случаях ПТСР с коморбидными психическими расстройствами на настоящий момент дать невозможно.

Как было показано ранее, бывают случаи, когда пары или целые семьи переживают одну и ту же травму одновременно (или когда один из членов семьи непосредственно страдает в травматической ситуации, а другие члены семьи косвенно травмируются вследствие этого же события). Такие случаи возможны, когда еще один из членов семьи переживает индивидуальную травму (например, жена участника военных действий переживает изнасилование). В литературе содержится мало информации о супружеской/семейной психотерапии для случаев, когда разные члены семьи пережили различные травмы (Balcom, 1996). По всей видимости, в ситуации, когда несколько членов семьи травмированы, более целесообразно использовать системные интервенции, нежели поддерживающие техники, описанные выше. Тем не менее включение в терапию некоторых поддерживающих техник может быть полезным. С другой стороны, можно описать лечение нескольких травм в семье как «групповое лечение» травмированных индивидов. Однако в любом случае весьма вероятно, что супружеская или семейная терапия будут значительно более сложными в ситуациях, когда пострадали несколько членов семьи, нежели один. Так же как в случаях коморбидности, специальные рекомендации по поводу терапии нескольких членов семьи требуют специальных исследований.

НАПРАВЛЕНИЯ БУДУЩИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В целом применением супружеской и семейной терапии для решения проблем, связанных с травмой, пренебрегают как клиницисты, так и исследователи. Хотя многие авторы полагают, что работа с нарушениями в семье или паре необходима, только некоторые из них описали специальные подходы, которые можно использовать при этом. Среди описанных подходов практически нет тех,

эффективность которых специально исследовалась. В литературе было найдено только одно небольшое контролируемое исследование с рандомизированной выборкой. Понятно, что данная область нуждается в серьезном изучении. Клинический опыт и эмпирические данные показывают, что травма и посттравматические симптомы создают серьезные нарушения во взаимоотношениях пострадавших с семьей (Jordan et al, 1992; Riggs et al., 1998). Очевидно также, что социальная поддержка играет важную роль в совладании с травмой. Таким образом, весьма вероятно, что терапия, направленная на снижение семейного дистресса и усиление поддержки внутри семьи, может быть полезной в лечении индивидов, переживших травму.

Отсутствие систематических исследований эффективности супружеской и семейной терапии в лечении посттравматических нарушений означает, что многие вопросы, связанные с использованием этих подходов в лечении, остаются открытыми. В литературе практически нет рекомендаций по поводу того, в каких случаях и когда супружескую/семейную терапию следует включать в программы лечения ПТСР. При отсутствии четких руководств к действию клиницистам необходимо самостоятельно оценивать наличие супружеских/семейных нарушений и функциональных связей между семейными проблемами и индивидуальной симптоматикой ПТСР. Решение о включении супружеской/семейной психотерапии в лечение, а также о ее сочетании с другими видами терапии зависит от воздействия каждого вида терапии на индивидуальный и семейный дистресс. Таким образом, если супружеские/семейные проблемы являются следствием симптоматики ПТСР у члена семьи или супруга (супруги), но при этом не препятствуют индивидуальной терапии ПТСР, супружескую/семейную терапию следует отложить до окончания индивидуального лечения. Возможно, что ослабление симптоматики ПТСР может привести к улучшению отношений в семье. И наоборот, если проблемы семьи/супружеской пары препятствуют индивидуальному лечению, индивидуальная и семейная терапия могут проводиться одновременно. Существует несколько противопоказаний для применения супружеской и семейной терапии (например, насилие в семье, отсутствие взаимных обязательств, предшествующие травме семейные нарушения), однако они связаны с основными проблемами супружеской/семейной психотерапии. Эмпирических Данных в поддержку этих утверждений в приложении к ПТСР не существует.

Как и ожидалось, в связи с отсутствием эмпирических данных по супружеской и семейной терапии травмы остаются открытыми многие вопросы о специфике применения данных подходов. Многие из них отражают специфику терапии травмы в целом. Однако отсутствие эмпирических исследований в данной области приводит к тому, что у терапевтов очень мало информации для принятия решений в данной сфере. Остается неясным: являются ли определенные формы супружеской/семейной терапии более успешными,

чем другие для переживших определенную травму индивидов и возможно ли разработать формы супружеской/семейной терапии, которые в большей степени подходят для работы с пациентами, пережившими сексуальное злоупотребление в детстве, или такие формы, которые следует использовать в терапии ветеранов? Какие виды терапии лучше подходят для семей, переживших травмы, а какие для семей, в которых пережил травму один индивид? Непонятно также, отличается ли терапия нормально функционирующей до травмы семьи (например, в случае изнасилования дочери) от терапии семьи, которая возникла уже после травмы (например, если пара создается после возвращения ветерана с войны). Воздействие хронических симптомов ПТСР также не исследовалось в контексте супружеской/семейной терапии (т.е. началось ли лечение сразу после травмы или гораздо позже).

Дополнительная проблема связана с определением терминов для оценки успешности терапии. Некоторые виды супружеской/семейной терапии предназначены для работы с нарушениями в системе семьи или диады, возникшими после травмы, и оценивают результаты в терминах семейного функционирования. Другие подходы фокусируются на лечении пары и/или семьи как на средстве терапии индивида, результаты которой рассматриваются с точки зрения снижения симптомов ПТСР с использованием соответствующей терминологии. Эта разница в точках зрения порождает проблемы в формулировании дальнейших перспектив исследований по супружеской/семейной терапии, однако она также может влиять на результаты оценок других терапевтических подходов. Имеющиеся веские доказательства того, что травма нарушает функционирование семьи, подчеркивают целесообразность учета показателей супружеского/семейного функционирования, и это может стать методом измерения результатов будущих исследований терапии независимо от вида подхода.

ЛИТЕРАТУРА

Ваком D. (1996). The interpersonal dynamics and treatment of dual trauma couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(1) 431-442.

Barrett T. W., Mizes J. S. (1988). Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Modification*, 12, 100-115.

Beach S. R., Martin J. K., Blum T. Сю, Roman P. M. (1993). Effects of marital and co-worker relationships on negative affect: Testing the central role of marriage. *American Journal of Family Therapy*, 21, 313-323. *Marital and Family Therapy*, 299.

Beckham J. C., Lytle B. L., Feldman M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1068-1072.

Beiser M., Turner R.J., Ganesan S. (1989). Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 28, 183-195. Blanchard E. B., Hickling E.J. (1997). After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors. Washington, DC: American Psychological Association. *grendej. Q.*, Goldsmith R. (1991). Post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 21(2), 115-124. Cahoon E. P. (1984). An examination of relationships between post-traumatic stress disorder, marital distress, and response to therapy by Vietnam veterans. Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut, Storrs, CT. Card J. J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 6-17. Carroll E. M., Rueger D. B., Eoy D. W., Donohoe C. P. (1985). Vietnam combat veterans with PTSD: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 329-337. Davidson J. R., Hughes D., Blazer D. G., George L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 27, 713-721. Dessaulles A. (1991). The treatment of clinical depression in the context of marital distress. Unpublished doctoral dissertation, University of Ottawa, Canada. Dunn R. L., Schwebel A. I. (1995). Meta-analytic review of marital therapy outcome research. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 58-68. Erickson C A. (1989). Rape and the family. In C R. Figley (Ed.), *Treating stress in families* (pp. 257-289). New York: Brunner/Mazel. Figley C R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley, H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Volume II. Coping with catastrophe* (pp. 3-20). New York: Brunner/Mazel. Figley C R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In C R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of PTSD* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel. Figley C R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Volume II. The study and treatment of post-traumatic disorder* (pp. 39-54). New York: Brunner/Mazel. Figley C R. (1988). A five-phase treatment of post-traumatic stress disorder in families. *Journal of Traumatic Stress*, 1(1), 127-141. Figley C R. (1989). Helping traumatized families. San Francisco: Jossey-Bass. Figley C R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel. Foa E. B., Rothbaum B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy • for PTSD*. New York: Guilford Press. Glynn S. M., Eth S., Randolph E. T., Foy D. W., Leong G. B., Paz G. G., Salk J. D., Firman G., Katzman J. W. (1995). Behavioral family therapy for Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 214-223. Harris C.J. (1991). A family crisis-intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 195-207.

- Jacobson N. S., Dobson K., Fruzzetti A. E., Schmalings K. B., Salusky S.* (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Johnson D. R., Feldman S. C., Lubin H.* (1995). Critical interaction therapy: Couples therapy in combat-related posttraumatic stress disorder. *Family Process*, 34, 401-412.
- Johnson S. M.* (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson S. M.* (1989). Integrating marital and individual therapy for incest survivors: A case study. *Psychotherapy*, 21(6), 96-103.
- Johnson S. M., Greenberg L. S.* (1985). Emotionally focused couples therapy: An outcome study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 313-317.
- Johnson S. M., Greenberg L. S.* (Eds.). (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Johnson S. M., Williams-Keeler L.* (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.
- Jordan B. K., Marmar C. R., Fairbank J. A., Schlenger W. E., Kulka R. A., Hough R. L., Weiss D. S.* (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926.
- Keane T. M., Albano A., Blake D. D.* (1992). Current trends in the treatment of posttraumatic stress symptoms. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches* (pp. 363-401). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- McCann I. L., Pearlman L. A.* (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McLeod J. D., Kessler R. C., Landis K. R.* (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 277-286.
- Mio J. S., Foster J. D.* (1991). The effects of rape upon victims and families: Implications for a comprehensive family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 19(2), 147-159.
- O'Farrell T. J.* (1994). Marital therapy and spouse-involved treatment with alcoholic patients. *Behavior Therapy*, 25, 391-406.
- Rabin C., Nardi C.* (1991). Treating post traumatic stress disorder couples: A psychoeducational program. *Community Mental Health Journal*, 27(3), 209-224.
- Riggs D. S., Byrne C. A., Weathers F. W., Litz B. T.* (1998). The quality of intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87-102.
- Rosenheck R., Thompson J.* (1986). "Detoxification" of Vietnam War trauma: A combined family-individual approach. *Family Process*, 25, 559-570.
- Solomon Z., Bleich A., Shoham S., Nardi C., Kotler M.* (1992a). The "Roach" project for treatment of combat-related PTSD: Rationale, aims, and methodology. *Journal of Traumatic Stress*, 5(2), 175-193.
- Solomon Z., Mikulincer M., Fried B., Wosner Y.* (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: A follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26(3), 383-394.

Solomon Z., Shalev A., Spiro S. E., Dolev A., Bleich A., Waysman M., Cooper S. (1992b). Negative psychometric outcomes: Self-report measures and a follow-up telephone survey. *Journal of Traumatic Stress*, 5(2), 225-246. *Solomon Z., Waysman M., Mikulincer M.* (1990). Family functioning, perceived social support, and combat-related psychopathology: The moderating role of loneliness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 456-472. *Sweany S. L.* (1987). Marital and life adjustment of Vietnam combat veterans: A treatment outcome study. Unpublished doctoral dissertation, University of Washington, Seattle. *Syrotuik J., Darcy C.* (1984). Social support and mental health: Direct, protective and compensatory effects. *Social Science and Medicine*, 18, 229-236. *Waysman M., Mikulincer M., Solomon Z., Weisenberg M.* (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology*, 7, 104-118. *Williams C M., Williams T.* (1980). Family therapy for Vietnam veterans. In T Williams (Ed.), *Post-traumatic stress disorder of the Vietnam veteran* (pp.221-231). Cincinnati, OH: Disabled American Veterans. *Williamson D.S.*(1982a). Personal authority via termination of the intergenerational hierarchical boundary: Part II. The consultation process and the therapeutic methods. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 23-37. *Williamson D. S.* (1982b). Personal authority in family experiences via termination of the intergenerational hierarchical boundary: Part III. Personal authority defined, and the power of play in the change process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 309-323.

Арт-терапия

Дэвид Рид Джонсон

ЦЕЛЬ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

В данной главе проводится анализ и обзор теоретических и практических знаний, касающихся применения различных видов арт-терапии для оценки и лечения психологической травмы. По возможности изложение материала дополнено ссылками на более подробные статьи, книги или доклады. Прежде всего необходимо отметить, что арт-терапия включает несколько достаточно самостоятельных направлений, каждое из которых представлено профессиональными ассоциациями, имеющими свои традиции и издания. В данной главе содержится описание специфических модальностей этого вида психотерапии, однако мы пытались акцентировать внимание на характеристике арт-терапии в целом.

В этой главе рассмотрены только такие подходы арт-терапии, как терапия посредством художественного творчества; танце-двигательная терапия, драма-терапия, музыкальная терапия, поэтическая и библиотерапия, психодрама. Телесная терапии (например, психомоторная терапия Фельденкрайза, Алексан-дера, Пессо-Бойдена, терапия синергетических действий Рубенфельда и др) не рассматриваются здесь, но могут быть предметом будущего анализа.

МЕТОД СБОРА ДАННЫХ

Материалы, представленные в данной главе, взяты из обширного обзора литературы по техникам арт-терапии (включая базы данных PILOTS и PsycLIT), а также из отчетов Международного Общества Исследований Травмати-

ческого Стресса (ISTSS). Эти материалы были прорецензированы членами комитета Творческого Искусства, которые представляют основные разновидности креативной арт-терапии.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Арт-терапия — целенаправленное использование подготовленным терапевтом каких-либо видов искусства (музыки, танца/движений, драмы и поэзии) в психотерапии, консультировании, просвещении или реабилитации.

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Арт-терапия как область профессиональной деятельности возникла в 1940-х годах, когда ряд психотерапевтов и деятелей искусства начали сотрудничать при лечении пациентов, страдающих от тяжелых психических расстройств. Поскольку при работе с большинством таких пациентов было сложно использовать психоанализ, направленный на вербальную переработку опыта, его попытались заменить невербальными формами коммуникации. Арт-терапия разрабатывалась в нескольких психиатрических больницах: в больнице Св. Елизаветы в Вашингтоне, клинике Меннингера в Топеке (штат Канзас), больнице Честнат Лодж в Локвиле (штат Мэриленд) — такими психиатрами, как Джекоб Морено, который в 1930-е годы ввел в психотерапию техники, ориентированные на активную деятельность. Кроме того, техники арт-терапии использовались при работе с ветеранами Второй мировой войны в качестве своеобразных терапевтических методов, позволяющих одновременно создать у пациентов состояния релаксации и активности.

В результате в 1950-х годах получили развитие направления терапии, опирающиеся на активность пациента. Ассоциация музыкальной терапии сформировалась в 1950 г. В 1960-е годы изменения в сфере общественного сознания, события Вьетнамской войны вызвали приток в здравоохранение деятелей искусства, имеющих некоторую медицинскую подготовку и столкнувшихся с проблемами трудоустройства. К концу 1960-х быстро развивающаяся область арт-терапии привела этих людей к разработке и освоению профессиональных программ подготовки университетского уровня. Ассоциация танцевальной терапии была сформирована в 1966 г., ассоциация терапии художественным творчеством — в 1969 г., а ассоциации драматерапии и поэтической Терапии в 1979 г. К этому времени различные виды арт-терапии расширили область применения далеко за пределы психоанализа и стали функционировать в бихевиоральной, гуманистической терапии и в области специального

образования. Вышеназванные ассоциации в настоящее время являются членами Национальной коалиции ассоциаций арт-терапии (National Coalition of Arts Therapy Associations, NCATA).

КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ЛЕЧЕНИЮ

1. *Тип травмы.* Техники арт-терапии применяются ко всем типам травмы хотя до настоящего времени нет данных, показывающих, изменяется ли их эффективность в зависимости от типа травмирующего события, от возраста человека, а также от того, была ли травма единичной или длительной (Cohen Cox, 1995; Dayton, 1997; Golub, 1985; Kluff, 1992; Spring, 1993; Winn, 1994).
2. *Состояние расстройства.* Клинический опыт подтверждает эффективность применения методов арт-терапии для доступа к воспоминаниям о травме или сексуальном злоупотреблении при работе с клиентами с острой травмой, особенно с детьми (Cattanach, 1992; Kaufman, Wohl, 1992; Malchiodi, 1990). Чаще всего используются художественная деятельность и кукольный театр (DiLeo, 1986). Арт-терапия применяется к клиентам с хроническим посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) для работы с состояниями деморализации и безнадежности (Dintino, Johnson, 1996; Feldman et al, 1994). Проверка эмпирической эффективности этих методов не проводилась.
3. *Коморбидные расстройства.* Методы арт-терапии использовались при работе с коморбидными состояниями депрессии и с злоупотреблением химическими веществами, однако эмпирические исследования в этой области не проводились.
4. *Черты характера и привычки.* Существуют некоторые данные, описывающие применение методов арт-терапии для коррекции личностных черт у клиентов с ПТСР.
5. *Психосоциальные проблемы.* Методы арт-терапии использовались при работе с проблемами социальной изоляции, брачных взаимоотношений, профессиональной адаптации и межличностных коммуникативных навыков, однако эмпирическая эффективность этих техник не была исследована.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Арт-терапия использовалась как для работы со специфическими для ПТСР симптомами, так и с коморбидными состояниями и функциональными проблемами. Методы, основанные на погружении, направлены на переработку травматического опыта и симптомов избегания, а методы, основанные на релаксации и отвлечении, направлены на симптомы гипервозбуждения.

Методы группового взаимодействия нацелены на улучшение межличностных взаимоотношений, коммуникативных навыков и состояний агорафобии. Методы, основанные на стимуляции творчества или сценических представлениях, направлены на повышение самооценки и на уменьшение чувства стыда, связанного с травматизацией.

Методы арт-терапии подходят для достижения широкого спектра целей лечения. Например, Круз и Эссен (Cruz, Essen, 1994) отмечают, что для многих взрослых, переживших в детстве травму, может быть полезно включение какого-либо из видов арт-терапии в общую программу психотерапевтического лечения. Целями, которые могут быть достигнуты посредством применения экспрессивных терапевтических методов, являются развитие коммуникативных навыков, сублимация импульсов, принятие своих чувств как ценного и важного аспекта самого себя, а также переработка травматического материала.

Некоторые отдельные направления арт-терапии уже применялись при лечении ПТСР [например, арт-терапия (Cohen et al., 1995); управляемое воображение и музыка (Blake, Bishop, 1994); трансформации развития (Dintino, Johnson, 1996); ведение дневника (Adams, 1997)], хотя все они были разработаны как методы лечения психологического дистресса в целом. Специальные подходы, направленные на лечение ПТСР, к настоящему времени не разработаны.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ Концептуальная структура

Природа терапевтического воздействия арт-терапии не была обоснована эмпирическими исследованиями. Практикующие ее специалисты подчеркивают особую роль невербальной формы интервенций, в которых используются ключевые кинестетические раздражители с целью получить доступ к воспоминаниям или образам. Арт-терапевты отмечают преимущества спонтанности и креативности при работе с чувством безнадежности и низкой самооценкой у клиента (Levy, 1995). Во-первых, символические средства искусства могут предоставить более полный доступ к имплицитным (в отличие от эксплицитных) системам памяти, а также визуально-кинестетическим схемам, обычно обрабатываемым недоминантным полушарием мозга (Johnson, 1987). Возможно, травматический опыт и связанные с ним нарушения визуально-кинестетических схем хранятся в этих нелексических формах. С помощью более полного доступа к травматической схеме арт-терапия может усилить эффект таких терапевтических процессов, как десенсибилизация, когнитивная перестройка и обучение (привитие навыков).

Во-вторых, применение творческих и социально значимых художественных методов может иметь терапевтический эффект и в психосоциальной области. Так, Блум (Bloom, 1997) считал, что эффективность арт-терапии в лечении ПТСР обуславливается тем, что техники арт-терапии предоставляют человеку безопасное пространство, внутри которого он может исследовать свои чувства и возможные способы поддержания своего здоровья и равновесия, а также играют важную роль в интрапсихических и межличностных изменениях (р. 128). Методы арт-терапии, в которых применяются изобразительные средства различных видов искусств, позволяют найти более адаптивные формы выражения травматического материала и, таким образом, повысить самооценку пациентов с ПТСР и улучшить их психосоциальное функционирование.

Хотя, по всей вероятности, эти невербальные и творческие компоненты выступают в качестве уникальных элементов в данной форме лечения, арт-терапия использует и более общие терапевтические процессы, которые пересекаются со множеством других принятых методов лечения травмы. Например, практически во всех видах арт-терапии используется релаксация. Часто проводится работа с травматическими воспоминаниями, образами и ключевыми раздражителями, результатом чего является прогрессивная десенсибилизация в курсе лечения. В арт-терапии также используются когнитивные интервенции, включающие идентификацию искаженных (нарушенных) когний, когнитивную переработку и рефрейминг. Дневниковые записи, письма, устные рассказы — обычные нарративные техники, используемые арт-терапией. Наконец, отвлечение может быть существенным фактором в ряде подходов, использующих телесные упражнения, двигательные задачи или символическую деятельность.

С другой стороны, более распространенные формы терапии травмы переняли такие креативные и невербальные техники, как дневниковые записи, ролевые игры, управляемые образы или мышечная релаксация.

Показания

Часто выделяют три группы лиц, для которых арт-терапия может быть наиболее полезна: (1) дети, (2) травмированные клиенты, испытывающие трудности в вербальном выражении своих чувств, и (3) высокоинтеллектуальные клиенты, чьи лингвистические навыки затрудняют полноценную проработку травматического материала.

Мнение об эффективности арт-терапии в работе с детьми основано на долгом опыте применения рисунка, игрушек, игр при их лечении и диагностике, что подчеркивается в публикациях, посвященных игровой терапии. Для детей, которые часто неспособны сосредоточиться или уделить внимание абстрактному вербальному обсуждению, касающемуся их личностных переживаний,

овлечение в игровую деятельность в большинстве случаев является единственным или лучшим способом понять эти переживания (Briggs, Lehman, 1989; Cattanach, 1992; Gerber, 1994; Hagood, 1994; Wohl, Kaufman, 1985).

Выводы о том, что арт-терапия является эффективной при оказании помощи пациентам, пережившим психическую травму и испытывающим сложности с вербальным выражением своих чувств, основаны на тех же теоретических посылах и клиническом опыте, что и концепция алекситимии, которая часто упоминается в публикациях, посвященных проблемам психической травмы (Krystal, 1988). Достаточно часто у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством встречается неспособность выразить чувства словами (Krystal et al., 1986). По всей видимости, использование невербальных способов выражения может позволить им получить доступ к травматическим воспоминаниям, а затем проработать их более полноценно (Kluft, 1992). Третье утверждение — арт-терапия помогает высокоинтеллектуальным людям — преимущественно основывается на том, что многие клиенты выражают чувство удовлетворения, занимаясь таким видами творческой деятельности, как поэзия, рисование, музыка или ролевые игры, которые, по их мнению, позволяют им полнее выразить эмоции по поводу своей травмы. Такие клиенты могут заявлять о своем разочаровании при обращении к вербальным видам терапии. Предполагается, что у этих клиентов вербализация и/или интеллектуализация не устраняют симптомов избегания травматического материала.

Техники

Учитывая большое количество видов и моделей арт-терапии, достаточно сложно описать их адекватно. Тем не менее можно выделить некоторые общие принципы. Как правило, обычная сессия с индивидом, семьей или группой начинается с обсуждения того, как чувствуют себя клиенты и что их беспокоит. Затем вместо исследования этих проблем в ходе дальнейшего вербального обсуждения терапевт предлагает клиенту использовать какие-либо эмоционально-выразительные средства, например, рисование, танец, ролевые игры, прослушивание или сочинение стихотворений или музыки для работы с существующей проблемой. Для того чтобы подготовить клиента к работе и/или Помочь ему сфокусироваться на проблеме, терапевт предлагает упражнения По релаксации и снятию напряжения. Например, в терапии посредством художественного творчества терапевт может попросить клиента нарисовать или Произвольно начертить что-либо на листе бумаги; в танце-двигательной терапии клиент может выполнить спокойные дыхательные упражнения, Потянуться или даже побегать по комнате; в музыкальной терапии клиенту Предлагается послушать музыку, спеть любимую (или выражающую его состояние) песню или подобрать соответствующую мелодию на музыкальном

инструменте; в терапии поэзией клиент может в течение 5 минут спонтанно писать или слушать стихотворение. Выполнение таких заданий обычно способствует раскрытию и релаксации клиентов, а также помогает терапевту узнать о настроении и уровне тревоги пациента в связи с данной проблемой. На следующем этапе работы, например, с рисунком, терапевт может попросить пациента обратить внимание на созданное им изображение и подумать, что оно ему напоминает, а затем попросить развить этот образ. Арт-терапевт пытается понять поведение клиента через используемые последним специфические художественные средства. Например, арт-терапевт в области художественного творчества обращает внимание на выразительные качества различных цветов, линий, форм, фигур и их взаимное расположение; танце-двигательный терапевт оценивает значение различных движений и их характеристики: ритм, энергичность, выразительность различных частей тела, использование пространства; специалист в области терапии поэзией обращает внимание на выбор слов, образов или используемые метафоры; музыкальный терапевт обращает внимание на ритм, гармоничность, высоту, тембр и диапазон музыкального творчества клиента. При анализе этих наблюдений следует принимать во внимание культурный и социальный контексты. В каждом из направлений арт-терапии разработаны процедуры оценки, которые позволяют терапевту получить информацию об особенностях клиентов с различными диагнозами. Основная часть терапевтической сессии посвящается непосредственно творческой деятельности. Иногда терапевт сам принимает участие в творчестве клиента или группы; в других случаях он выступает в качестве фасилитатора, помощника, облегчающего процесс выражения эмоционального состояния клиента. В психодраме руководитель редко участвует, хотя имеют место и такие случаи: например, у человека существует проблема, связанная с воспоминаниями о физическом насилии со стороны отца; в этом случае, имитируя отношения отца с пациентом, драматерапевт может взять на себя роль отца. В других случаях клиент просто рисует, поет или импровизирует, а факторы, связанные с травмой, прорабатываются с помощью терапевта по мере их появления. Например, арт-терапевт может попросить клиента изобразить свой дом до того, как произошло сексуальное насилие, или свои ощущения гнева, или свое восприятие собственного тела. Музыкальный терапевт может помочь клиенту сочинить импровизированную песню, касающуюся воздействия насилия на его/ее жизнь. Во время терапии поэзией клиент может, например, сочинить, а затем прочитать стихотворение, написанное в виде письма другу, погибшему во Вьетнаме. Считается, что в ходе таких видов деятельности художественные средства самовыражения (ритмы, мелодии, цвета и действия) дополняют сознательные мысли клиента, которые возникают у него по поводу проблемы, что повышает возможность выявления новых аспектов травматической ситуации.

Часто терапевт поручает клиенту наблюдать за своими ощущениями за тем, что происходит с ним в процессе творческой деятельности и какое то имеет для него значение. В других случаях терапевт может содействовать клиенту в процессе самоисследования, задавая ему вопросы по поводу его стихотворений, песен или художественной деятельности. Конкретизация проблем клиента в художественной форме помогает ему дистанцироваться от них, размышлять над своим собственным поведением в реальных измененных ситуациях. Иногда терапевты могут указывать на возможные скрытые значения или прояснять смутные, неопределенные значения или сны, которые очевидны в творческой деятельности и художественных работах клиента. Поступая таким образом, терапевты действуют в рамках четкой теоретической структуры, будь то психоанализ, когнитивно-бихевиоральный подход или гештальт-терапия. В больничных условиях курс терапии зависит от длительности пребывания клиента в учреждении. В условиях амбулаторного лечения или в частной практике курс арт-терапии может быть кратким, длящимся 6-8 недель в случае возникновения определенной проблемы, на которой можно сфокусироваться, или это может быть длительный курс продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет.

Многие специалисты по арт-терапии знакомы с несколькими видами творческой деятельности, но каждый из них обычно специализируется на одном или двух видах. В большинстве случаев выбор конкретной творческой деятельности основывается на предпочтениях клиента. Однако в учреждениях, где специалисты по арт-терапии работают в команде, были разработаны более сложные методы, позволяющие выбрать модальность, наиболее подходящую для клиента. Так, при работе с людьми, страдающими ПТСР, например, с ветеранами Вьетнамской войны или с женщинами, подвергшимися сексуальному насилию, художественная деятельность позволяет выявить визуальные аспекты подавленных образов. Театрально-драматическая деятельность и поэзия часто используются на поздних стадиях терапии, когда клиент осознал все аспекты своей травмы и готов восстановить связи с окружающим миром, поделиться с другими своими ощущениями по поводу того, что с ним произошло (Johnson, 1987).

Методы оценки эффективности лечения

Данные, приведенные в описаниях случаев, указывают на то, что улучшение чаще всего касалось (1) первичных симптомов ПТСР и (2) клинического статуса пациента в целом.

Эмпирические и клинические доказательства

Недостаточность экспериментальных исследований по арт-терапии в значительной степени объясняется нехваткой подготовленных специалистов в сфере исследовательской методологии и относительно малым количеством программ подготовки специалистов высокого уровня в этой области. Как показывает метаанализ, средняя эффективность танце-двигательной терапии при лечении основных психиатрических симптомов оценивается в 0.37 по шкале от 0.15 до 0.54 (Cruz, Sabers, 1998). Однако, по нашим сведениям, не проводилось метааналитических исследований эффективности танце-двигательной терапии непосредственно для пациентов с ПТСР, а также не проводилось метаанализа эффективности других видов арт-терапии. Большая часть эмпирической работы была проведена в области оценки эффективности терапии художественным творчеством. Тробрюбридж (Trowbridge, 1995) при обзоре опубликованных эмпирических исследований по выявлению признаков сексуального насилия в рисунках детей обнаружила 12 работ, соответствующих выбранным критериям. Обобщая результаты метаанализа, она писала: «Присутствие следующих индикаторов в детских рисунках говорит о необходимости дальнейших исследований: гениталии, отсутствие рук, отсутствие пальцев или голова без тела» (p. 492).

Нами было обнаружено лишь несколько эмпирических исследований по применению арт-терапии для лечения травмы. Морган и Джонсон (Morgan, Johnson, 1995) провели экспериментальное исследование, основанное на анализе отдельных случаев (дизайн А-В-А), которое продемонстрировало значительное сокращение симптомов ПТСР и частоты ночных кошмаров после того, как к ветеранам Вьетнамской войны были применены интервенции арт-терапии. Джонсон с соавт. (Johnson et al., 1997) отмечали, что использование арт-терапии привело к высокоэффективному и достаточно быстрому сокращению симптомов ПТСР у ветеранов Вьетнамской войны, проходивших курс лечения ПТСР в условиях госпитализации, хотя оценки эффективности курса лечения в целом были сравнительно невысокими. В группе ветеранов, проходивших арт-терапию, наиболее эффективным лечение оказалось для пациентов с наиболее тяжелыми симптомами.

Большинство доказательств эффективности было получено из клинических сообщений и анализа отдельных случаев. Часто сообщается о значительном сокращении симптомов ПТСР и других функциональных изменениях. Отмечается эффективность арт-терапии для снижения алекситимии (Duey, 1991; James, Johnson, 1996; Loveszy, 1991), повышения эмоционального контроля (Cohen et al., 1994), улучшения межличностных взаимоотношений (Henderson, 1991; Stember, 1978), снижения диссоциации и тревожности (Austin, 1996; Duey, 1991; Greenberg, van der Kolk, 1989; Jacobson, 1994; Mayers, 1995; Riley,

1996), уменьшения ночных кошмаров (Morgan, Johnson, 1995), улучшения представлений о своем теле (Simonds, 1992) и снижения депрессии (Clende-non-Wallen, 1991; Goldstein, 1990; Lindberg, 1995). В пособии все перечисленные данные относятся к уровню D или E.

Возможности применения

Арт-терапия используется в индивидуальной или групповой работе в специализированных учреждениях или частнопрактикующими терапевтами. Эти методы требуют минимум специализированного оборудования. Основным фактором, ограничивающим возможность применения арт-терапии, является недостаток специально подготовленных терапевтов, особенно в сельской местности.

Сочетание с другими видами лечения

Арт-терапия часто использовалась как дополнение к другим видам психотерапии. Например, в руководствах, разработанных Международным обществом изучения диссоциации (International Society for the Study of Dissociation, 1997) отмечается следующее: «Подобно другим жертвам детских травм, пациенты с диссоциативным расстройством идентичности [Dissociative identity disorder — DID] часто реагируют исключительно на невербальные подходы. Арт-терапия, трудовая терапия, двигательная терапия, ландшафтотерапия и другие виды игровой и рекреационной терапии продемонстрировали свою эффективность при достижении целей лечения, включая интеграцию. Невербальные виды терапии должны проводиться хорошо подготовленными специалистами, быть тщательно спланированными по времени, а также интегрированными в общий план лечения. Многие психотерапевты считают невербальные техники (например, рисование или ведение дневника) важной частью психотерапевтического процесса» (р. 6).

Не существует эмпирических данных, демонстрирующих преимущества комбинированных форм терапии над применением отдельного вида терапии.

Стоимость арт-терапии для индивидов и общества

Стоимость арт-терапии соответствует почасовой оплате работы специалиста.

Профессиональные организации и сертификация

Существует приблизительно 15 000 специалистов в области арт-терапии в Соединенных Штатах и несколько тысяч в других странах мира. Подготовка специалистов в этой области проводится в рамках университетских

программ, обычно по двухгодичным программам магистерского уровня (специалисты по музыкотерапии могут получать образование как в бакалавриате, так и в магистратуре). Существует несколько программ подготовки на уровне кандидата наук. От всех терапевтов требуется специальная подготовка по отдельному виду искусства перед началом специализированного обучения либо университетский курс, либо профессиональный опыт в качестве художника, танцора, актера, поэта или музыканта. Затем они изучают психологию, теорию научения, психотерапию, групповую динамику, консультирование, а также получают знания по отдельным техникам, методам и теориям, которые были разработаны для интеграции различных видов искусства в процесс лечения.

Специалисты в этой области терапии входят в состав медперсонала различных учреждений — психиатрических больниц, амбулаторных клиник психического здоровья. Иногда они участвуют в проведении ежедневных обязательных терапевтических процедур; в других случаях их услуги являются дополнением к обязательному лечению и оплачиваются отдельно. Специалисты по арт-терапии работают также в специальных учреждениях, предназначенных для эмоционально неустойчивых или умственно отсталых лиц, где они предоставляют клиентам некоторые дополнительные услуги. Все больше специалистов в области арт-терапии работает в учреждениях по физической реабилитации пациентов с мозговыми травмами, лиц, ограниченных в движениях или страдающих зависимостью от химических веществ. Многие специалисты в области арт-терапии работают в домах престарелых, гериатрических центрах и частных санаториях. Наконец, все больше специалистов по арт-терапии являются частнопрактикующими терапевтами. Специалисты по арт-терапии сертифицируются соответствующими национальными ассоциациями и независимыми учреждениями, после чего они получают статус зарегистрированного или сертифицированного специалиста. В ряде штатов они лицензируются в качестве профессиональных консультантов. В восьми профессиональных журналах регулярно публикуется информация об исследовательских грантах, предоставляемых более 100 университетами.

Наличие терапевтических руководств или обучающих курсов

Информация по обучающим программам может быть получена в соответствующих национальных ассоциациях.

Приемлемость для клиентов: этические и тендерные аспекты

Клинический опыт показал хорошее восприятие клиентами методов арт-терапии. Этическим аспектам в арт-терапии уделяется такое же внимание, как и в других областях здравоохранения. Тендерный аспект имеет важное значение на этапе первоначального обследования. В этом случае клиента спрашивают о том, с кем он предпочитает работать — с терапевтом-мужчиной или женщиной. В процессе лечения должно периодически обсуждаться значение пола терапевта для результативности лечения.

Известные факторы риска и побочные эффекты

Факторы риска или побочные эффекты, характерные для арт-терапии, при условии ее применения хорошо обученными и подготовленными терапевтами не выявлены. Иногда слишком быстрый или интенсивный доступ к травматическому материалу может произвести подавляющее воздействие на пациента, однако этих реакций можно легко избежать посредством специальных техник структурирования во время терапевтической сессии (Cohen, 1996).

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Несмотря на относительно широкое применение методов арт-терапии, их эффективность не была установлена посредством эмпирических исследований. Однако специалисты в этой области утверждают, что такие терапевтические техники могут быть полезны либо в качестве основных, либо дополнительных интервенций (Johnson, 1987).

Большинство клиницистов пришли к единому мнению, что арт-терапия может успешно применяться для лечения ПТСР как вспомогательный метод психотерапии при следующих условиях: (1) арт-терапия проводится специально обученным и подготовленным терапевтом; (2) терапия проводится с согласия клиента; и (3) терапия проводится в сочетании с другими методами лечения и совместно с другими терапевтами. Точные источники эффективности терапевтического воздействия арт-терапии при лечении ПТСР не были установлены и, по всей видимости, обусловлены сочетанием общих психологических процессов (таких, как выявление травматического материала, релаксация и когнитивная проработка) и определенных невербальных и творческих элементов.

В настоящее время не существует достаточных данных для дифференциации воздействия арт-терапии на ПТСР, на коморбидные расстройства или

связанные с ними разрушительные симптомы. Подобным же образом на основе существующих данных нельзя сделать вывод относительно их рентабельности

Рекомендации

1. Принятие, обоснование и дальнейшее развитие методов арт-терапии при лечении психологической травмы могут быть наиболее успешно проведены в процессе более сложных эмпирических исследований с использованием контрольных групп и рандомизированного распределения.
2. Лечение с помощью арт-терапии, разработанное специально для клиентов с ПТСР, предположительно может иметь более высокий терапевтический эффект по сравнению с общими техниками арт-терапии. Рекомендуется разработка дизайна таких техник.
3. Необходимо более внимательное отношение к возможным противопоказаниям (например, типам клиентов, видам симптомов, стадии лечения).

ЛИТЕРАТУРА

- Adams K.* (1997). *The way of the journal*. Denver, CO: Sidran Press.
- Austin D.* (1996). The role of improvised music in adult psychodynamic music therapy. *Music Therapy*, 14, 35-41.
- Blake R., Bishop S.* (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music in the treatment of posttraumatic stress disorder with adults in the psychiatric setting. *Music Therapy Perspectives*, 12, 125-129.
- Bloom S.* (1997). *Creating sanctuary*. New York: Routledge.
- Briggs E., Lehmann K.* (1989). Significance of children's drawings in cases of sexual abuse. *Early Child Development and Care*, 47, 131-147.
- Cattanach A.* (1992). *Play therapy with abused children*. London: Jessica Kingsley.
- Clendenon-Wallen J.* (1991). The use of music therapy to influence the self-confidence of adolescents who are sexually abused. *Music Therapy Perspectives*, 9, 17-31.
- Cohen B.* (1996). Art and the dissociative person. In L. K. Michelson, W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 131-149). New York: Plenum Press.
- Cohen B., Barnes M., Rankin A.* (1995). *Managing traumatic stress through art*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- Cohen B., Cox C.* (1995). *Telling without talking: Art as a window into the world of multiple personality*. New York: Norton.
- Cruz F., Essen I.* (1994). *Adult survivors of childhood emotional, physical, and sexual abuse*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Cruz R., Sabers D.* (1998). Dance/movement therapy is more effective than previously reported. *Arts in Psychotherapy*, 25, 101-104.
- Dayton T.* (1997). *Heartwounds: The impact of unresolved trauma and grief on relationships*-Deer-field Beach, FL: Health Communication.

- DiLeo C.* (1986). Children's drawings as diagnostic aids. New York: Norton. *pintino C, Johnson D.* (1996). Playing with the perpetrator: Gender dynamics in developmental drama therapy. In S. Jennings (Ed.), *Drama therapy: Theory and practice* (Vol. 3, pp. 205-220). London: Routledge. *Duey C.J.* (1991). Group music therapy for women with multiple personalities. In K. E. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona. *Feldman S. Johnson D., Ollayos M.* (1994). The use of writing in the treatment of PTSD. In J. Sommer, M. Williams (Eds.), *The handbook of post-traumatic therapy* (pp. 366-385). Westport, CT: Greenwood. *Gerber J.* (1994). The use of art therapy in juvenile sex offender-specific treatment. *Arts in Psychotherapy*, 21, 367-374. *Goldstein S. L.* (1990). A songwriting assessment for hopelessness in depressed adolescents: A review of the literature and a pilot study. *Arts in Psychotherapy*, 17, 117-124. *Golub D.* (1985). Symbolic expression in post-traumatic stress disorder: Vietnam combat veterans in art therapy. *Arts in Psychotherapy*, 12, 285-296. *Greenberg M., van derKolk B.* (1989). Retrieval and integration with the "painting cure." In B. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 191-216). Washington, DC: American Psychiatric Press. *Hagood M.* (1994). Diagnosis or dilemma: Drawings of sexually abused children. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 11(1), 37-42. *Henderson H.* (1991). Improvised song in the treatment of a 13-year-old sexually abused girl from the Xhosa tribe in South Africa. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 57-61). Phoenixville, PA: Barcelona. International Society for the Study of Dissociation. (1997). *Treatment guidelines*. Washington, DC: ISSD Publications. *Jacobson M.* (1994). Abreacting and assimilating traumatic, dissociated memories of MPD patients through art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 11(1), 4-52. *James M. Johnson D.* (1996). Drama therapy for the treatment of affective expression in posttraumatic stress disorder. In D. Nathanson (Ed.), *Knowing feeling: Affect, script, and psychotherapy* (pp. 303-326). New York: Norton. *Johnson D.* (1987). The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *Arts in Psychotherapy*, 14, 7-14. *Johnson D., Lubin H., Hale K. James M.* (1997). Single session effects of treatment components within a specialized inpatient posttraumatic stress disorder program. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 377-390. *Kaufman B., MIIA* (1992). Casualties of childhood: A developmental perspective on sexual abuse using projective drawings. New York: Brunner/Mazel. *Kluft E.* (Ed.). (1992). *Expressive and functional therapies in the treatment of multiple personality disorder*. Springfield, IL: C. C. Thomas. *Krystal H.* (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. *Krystal J., Giller E., Cicchetti D.* (1986). Assessment of alexithymia in post-traumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.

- Levy F.* (Ed.), (with J. Fried, F. Leventhal). (1995). *Dance and other expressive art therapies-When words are not enough*. New York and London: Routledge.
- Lindberg K. A.* (1995). Songs of healing: Songwriting with an abused adolescent. *Music Therapy*, 13,93-108.
- Loveszy R.* (1991). The use of Latin music, puppetry, and visualization in reducing the physical and emotional pain of a child with severe burns. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy* (pp. 88-102). Phoenixville, PA: Barcelona.
- Malchiodi C.* (1990). *Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes* New York: Brunner/Mazel.
- Mayers K. S.* (1995). Songwriting as a way to decrease anxiety and distress in traumatized children. *Arts in Psychotherapy*, 22, 495-498.
- Morgan C, Johnson D.* (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related PTSD. *Art Therapy Journal of the American Art Therapy Association*, 12(4), 244-247.
- Riley S.* (1996). An art psychotherapy stress reduction group for therapists dealing with severely abused client population. *Arts in Psychotherapy*, 23, 407-416.
- Simonds S.* (1992). Sexual abuse and body image: Approaches and implications for treatment. *Arts in Psychotherapy*, 19, 289-294.
- Slotoroff C* (1994). Dramming technique for assertiveness and anger management in the short term psychiatric setting for adult and adolescent survivors of trauma. *Music Therapy Perspectives*, 12,111-116.
- Spring D.* (1993). *Shattered images: Phenomenological language of sexual trauma*. Chicago: Magnolia Street.
- Trowbridge M. M.* (1995). Graphic indicators of sexual abuse in children's drawings: A review of the literature. *Arts in Psychotherapy*, 22,485-494.

II **Руководство по терапии**

15

Психологический дебрифинг

Джонатан И. Биссон, Александер Макфарлэйн,

Сюзанна Рос

ОПИСАНИЕ

Метод психологического дебрифинга (ПД) широко применяется как интервенция, направленная на оказание помощи лицам, пережившим психотравмирующие ситуации. Было описано несколько методов ПД. При этом многие исследователи рассматривают ПД как односессионную, слабоструктурированную антикризисную процедуру, разработанную для снижения и предотвращения нежелательных психологических последствий травматических событий посредством проведения эмоциональных процессов через процедуру нормализации реакций, а также для подготовки дальнейших процедур. Первоначально ПД был разработан как групповая процедура, являющаяся частью комплексного, систематического многокомпонентного подхода к лечению травматического стресса. Однако ПД также использовался как самостоятельная процедура для работы с отдельными пациентами. Его цель — переработка впечатлений и реакций пациента сразу после травматического инцидента. ПД концентрируется на актуальных реакциях индивида. Избегается психиатрическое «навешивание ярлыков», и акцент делается на нормализации состояния. Участников дебрифинга убеждают в том, что они — нормальные люди, пережившие чрезвычайные обстоятельства.

ОБЩИЕ ДАННЫЕ

Изученные исследования различаются по качеству, но в целом их уровень даже при наличии рандомизированных контролируемых исследований невысок. Результаты показывают, что нет оснований утверждать, что проведение ПД на начальной стадии предотвращает развитие посттравматической психопатологии. Однако установлено, что ПД хорошо принимается пациентами. Были обнаружены негативные результаты после индивидуального ПД, но в целом не обнаружено положительного или отрицательного эффекта применения раннего ПД. Единственное рандомизированное исследование с положительными результатами включало комбинацию группового ПД и психологического просвещения в течение 6-9 месяцев после урагана.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

ПД обычно описывался как групповая процедура, предпринимаемая в пределах нескольких часов сразу после травматического события (часто в пределах нескольких дней), а также как один из компонентов программы совладания со стрессом. Он также описывался как одноразовая процедура для отдельных людей и как один из компонентов лечения хронического ПТСР.

РЕКОМЕНДАЦИИ Показания

Основываясь на текущем состоянии исследований в данной области, невозможно настаивать на том, что разовый индивидуальный и групповой ПД являются профилактикой ПТСР (ACHR, уровень В). Однако можно говорить о позитивных аспектах ПД, особенно когда он включен в комплексные реабилитационные программы (ACHR, уровень С). Исследования показали, что данная форма психологической помощи хорошо воспринимается большинством участников (ACHR, уровень А). Несмотря на то, что ПД не служит превентивной мерой для развития симптомов, он может быть полезен для выявления групп риска, предоставления информации и поддержки. Возможно, что призывы к «гибкости» терапевтических подходов в оказании срочной помощи индивидам, пережившим травмы (Turner et al., 1989), имеют серьезные основания. Вероятность того, что групповой ПД в сочетании с образовательными сессиями через несколько месяцев после травматического события

может быть эффективным, показана в одном исследовании. Однако эти данные, безусловно, нуждаются в подтверждении.

Противопоказания

Некоторые исследования индивидуального ПД показали вероятность того, что интенсивные повторные переживания травмы во время ПД могут приводить к ретравматизации при отсутствии достаточного количества времени на помощь в совладании, что, в свою очередь, выливается в усиление симптоматики (АСНР, уровень В). Таким образом, если ПД или другие подобные интервенции обязательны, их должны проводить опытные, хорошо обученные специалисты; эти мероприятия не должны быть обязательными, их потенциальных участников следует предварительно клинически обследовать. ПД должен сопровождаться четкой и объективной оценочной процедурой, чтобы обеспечить работу необходимыми объективными данными.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отсутствие строгих исследований в этой области вызывает сожаление. Прежде всего, необходимо получить ответ на вопрос, какой именно метод следует применять при оказании помощи лицам, недавно пережившим психотравмирующее событие, если вообще есть необходимость в помощи непосредственно после такого инцидента. Результаты рандомизированных, контролируемых исследований, а также клинических испытаний метода показывают, что однократное применение метода ПД для индивидов, переживших травму, не предотвращает негативных психологических последствий психической травматизации, хотя отношение большинства участников к этому методу позитивное. Было бы преждевременным делать вывод, что метод ПД непригоден в случае острых посттравматических состояний, однако существует настоятельная потребность в проведении рандомизированных, контролируемых исследований, особенно по сопоставлению эффективности метода группового ПД как части комплексной программы по преодолению последствий психической травматизации с другими альтернативными процедурами, применяемыми на ранних стадиях после психической травмы. По состоянию дел на сегодня целесообразно (возможно, с помощью диагностики острого стрессового расстройства) сфокусироваться на индивидах, у которых развивается ПТСР или другое расстройство, возникшее после травматических событий, и предложить другие проверенные способы лечения. Роль психологического просвещения пока не ясна и требует дальнейшей оценки. Однако получение пациентами основных сведений по психологии

о возможных симптомах, возникающих в результате травматического переживания, а также о том, как обращаться за помощью, не касаясь при этом деталей конкретного травматического переживания, может быть полезно в процессе выявления лиц, которые нуждаются в дальнейшем комплексном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

Turner S. W., Thompson J. A., Rosser R. M. (1989). The King's Cross Fire: Planning a "phase two" psychosocial response. *Disaster Management*, 2, 31-37.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

Mitchell J. T. (1983). When disaster strikes. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

Raphael B., Meldrum L., McFarlane A. C. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479-1480.

Rose S. (1997). Psychological debriefing: History and methods. *Counselling—The Journal of the British Association of Counselling*, 8, 148-151.

Wessely S., Rose S., Bisson J. (1998). A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post-traumatic stress disorder [CD-ROM]. Oxford, UK: Update Software.

**Когнитивно-бихевиоральная
терапия**

Барбара Оласов Ротбаум,

Элизабет А. Мидоуз,

Патриция Ресик, Дэвид У. Фой

ОПИСАНИЕ

В главе 4 сделан обзор опубликованной литературы по когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Из-за большого количества источников в этой области в обзор включены только эмпирические исследования. Были проанализированы восемь когнитивно-бихевиоральных подходов, а также некоторые дополнительные исследования программ лечения, которые включали один или несколько когнитивно-бихевиоральных направлений. Сюда была включена вскрывающая терапия (ВТ; «техники наводнения», *in vivo*, пролонгированные, фокусированные), систематическая десенсибилизация (СД), тренинг управления стрессом (ТУС), когнитивная процессуальная терапия (КПТ), когнитивная терапия (КТ), тренинг асертивности (ТА), биологическая обратная связь (БОС), релаксационный тренинг (РТ), совмещенные ТУС/ВТ, совмещенные ВТ/РТ/КТ, совмещенные КТ/ВТ

ДОСТОВЕРНОСТЬ ДАННЫХ

Таблица 4.1 в главе 4 демонстрирует важные детали, касающиеся методологических источников и убедительности выводов каждого исследования включая стандарты рейтингов и рейтинги Agency for Health Care Policy and Research (АНСРР). Читатель может обратиться к критическому обзору методов терапии ПТСР (Foa, Meadow, 1997), где исследования оцениваются по стандартам, принятым для клинических исследований. Эти стандарты включают: (1) четко описанные симптомы, на которые направлено лечение; (2) надежные и валидные методики измерений; (3) независимую экспертизу; (4) тренинг экспертов; (5) четко описанные в формате руководства специальные программы лечения; (6) непредвзятое (случайное) формирование выборки; (7) четкое соблюдение условий терапии. Многие описанные исследования КБТ соответствуют этим требованиям с точки зрения методологии. Ниже обсуждаются различные терапевтические техники.

Вскрывающая терапия

Вскрывающая терапия (ВТ) оценивалась в 12 исследованиях, приведенных в таблице 4.1. Во всех исследованиях были продемонстрированы позитивные результаты использования ВТ при лечении ПТСР. Существуют также общие контролируемые исследования, 8 из которых отнесены к уровню А в рейтинге АНСРР, что соответствует лучшим стандартам исследований клинических результатов (Foa, Meadows, 1997); таким образом, эффективность ВТ считается очень высокой.

Пять из шести исследований ВТ на группе ветеранов войны во Вьетнаме продемонстрировали позитивные эффекты ВТ, четыре из них были тщательно контролируемы. В двух контролируемых исследованиях оценивалось применение ВТ при работе с женщинами, пережившими изнасилование. Все исследования отнесены к уровню А в рейтинге АНСРР и соответствуют лучшим стандартам исследований клинических результатов. Таким образом, результаты приводят к четким выводам, что ВТ эффективна для работы с женщинами, пережившими изнасилование. В четырех исследованиях оценивалась эффективность ВТ в работе с различными травмами. Два из них были тщательно контролируемы, а два — менее тщательно. Все исследования показали, что ВТ эффективна при работе с людьми, пережившими различные виды травм.

В целом многие тщательно контролируемые исследования свидетельствуют о том, что ВТ эффективна при работе с людьми, пережившими различные травмы. В самом деле, ни один другой метод не имеет таких высоких показателей эффективности. В итоге ВТ соответствует уровню А в рейтинге АНСРР-

Систематическая десенсибилизация

В шести исследованиях изучался метод систематической десенсибилизации (СД) в терапии посттравматических реакций. Большинство этих исследований имеет методологические недостатки. Единственное тщательно контролируемое из них не обнаружило различий между СД и другими методами. В нем, однако, не все травмы отвечали критериям DSM, так как многие были связаны с потерей любимого человека. Четыре из оставшихся пяти исследований определяли эффективность СД в терапии ветеранов войны во Вьетнаме, однако ни одно из них не было контролируемым. В некоторых исследованиях проводилось большое количество сессий в течение длительного периода времени. Единственное исследование СД, проведенное на выборке женщин, пострадавших от насилия, показало наличие значимых улучшений после 4 недель СД, что существенно не отличалось от результатов КТ. Однако результаты данной работы ставятся под сомнение, так как все испытуемые незадолго до этого пережили психическую травму и снижение уровня симптоматики могло быть вызвано естественными причинами, при этом диагностика ПТСР не проводилась. Кроме того, из описания исследования неясно, относились ли испытуемые к одной группе пациентов.

Таким образом, хотя несколько исследований показали, что СД является эффективной при работе с ПТСР, они тщательно не контролировались, следовательно, есть сомнения в валидности полученных результатов. Таким образом, СД не получила основательной поддержки в контролируемых исследованиях, и от нее чаще всего отказываются в пользу метода «наводнения» без релаксации. СД получает рейтинг: Уровень В- или Уровень С+.

Тренинг управления стрессом

Четыре исследования показали эффективность тренинга управления стрессом (ТУС), но только два из них были тщательно контролируемы. Все эти исследования были проведены на женщинах, переживших изнасилование, так что остался открытым вопрос о применимости данного метода к другим пациентам. По результатам двух тщательно контролируемых исследований ТУС присваивается рейтинг А для случаев работы с женщинами, пережившими изнасилование.

Когнитивная процессуальная терапия

Единственное опубликованное исследование по когнитивной процессуальной терапии (КПТ) соответствует в рейтинге уровню В. КПТ показала эффективность в снижении симптомов ПТСР и сопутствующих симптомов на группе из 19

женщин, переживших изнасилование, по сравнению с контрольной группой КПТ разработана специально для женщин, переживших изнасилование; следовательно, для работы с другими травмами она должна быть модифицирована.

Когнитивная терапия

Когнитивная терапия (КТ) способствует уменьшению тяжести симптомов посттравматического стресса, что подтверждается рядом контролируемых исследований уровня А.

Тренинг ассертивности

Только в одном слабо контролируемом исследовании, соответствующем уровню В, оценивалось применение тренинга ассертивности (ТА) в терапии ПТСР. Было показано, что нет значимых различий в эффективности между ТА и другими методами лечения женщин, переживших сексуальное насилие. Таким образом, эффективность ТА при лечении ПТСР не получила достаточного эмпирического обоснования.

Биологическая обратная связь и релаксационный тренинг

Эффективность биологической обратной связи (БОС) оценивалась только в одном исследовании. Этот метод не получил поддержки, так как другие методы были более эффективными. Релаксация обычно используется как контрольный метод. В четырех исследованиях эффективности релаксация обнаружила более слабые результаты, чем другие методы лечения. Таким образом, БОС и релаксация не считаются эффективными методами терапии ПТСР и не имеют рейтинга.

Совмещенные подходы

В двух тщательно контролируемых исследованиях совмещенные подходы не продемонстрировали значительно лучших результатов в лечении ПТСР и сопутствующих симптомов по сравнению с каким-то одним подходом. Они показали эффективность в тщательно контролируемом исследовании по сравнению с контрольной группой в терапии переживших изнасилование женщин (терапия проводилась сразу после инцидента, что не отвечает критериям ПТСР), а также в другом исследовании по сравнению с методом релаксации. В неконтролируемых исследованиях смешанные подходы были эффективными применительно к изнасилованным девочкам и к людям, пережившим

автокатастрофы. В целом смешанные подходы считаются эффективными методами терапии ПТСР в исследованиях уровня А. Однако показано, что они не более эффективны, чем составляющие их отдельные компоненты.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Техники КБТ обычно кратковременные, в среднем включают 8-12 сессий, один или два раза в неделю.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Сравнительный анализ многочисленных исследований, в которых изучались различные направления терапии, показал, что ВТ посвящено наибольшее число хорошо контролируемых исследований, которые подтверждают эффективность ВТ для лечения ПТСР. ВТ изучалась в 12 исследованиях, перечисленных в таблице 4.1, и во всех случаях были получены позитивные результаты ее применения для лечения ПТСР. Как правило, исследования были хорошо контролируемы, восемь из них соответствуют рейтингу А по АНСРР и нескольким критериям золотого стандарта для клинических исследований (Foa, Meadows, 1997); таким образом, выводы об эффективности ВТ весьма убедительны. В одном исследовании ВТ продемонстрировала большую эффективность, чем ТУС и ТУС/Пролонгированная ВТ. Кроме того, ВТ была протестирована на выборках, в которые входили пациенты после различных травм. Об эффективности ВТ свидетельствует наибольшее число ее исследований по сравнению с другими видами терапии. Мы настоятельно рекомендуем использовать ВТ при лечении ПТСР в тех случаях, когда не показаны другие виды лечения. Таким образом, свидетельства в пользу ВТ наиболее убедительны, так как они основаны на грамотно проведенных исследованиях с участием индивидов, переживших различные виды травм. Никакое другое направление не имеет таких убедительных оснований для применения в терапии ПТСР.

Все четыре исследования, изучающие ТУС, подтвердили его эффективность, однако только два из них были хорошо контролируемы. Кроме того, все исследования проведены на выборках женщин, переживших сексуальное насилие, следовательно, вопрос об использовании ТУС в работе с пациентами, пережившими другие травмы, остается открытым. Проведение ТУС при других видах травм специально не изучалось, однако это не дает возможности утверждать, что ТУС не следует применять в этих случаях. Использование КПТ признано эффективным в единственном опубликованном исследовании. При этом, исходя из изначальной целевой принадлежности КПТ к области

й 13-7065

сексуальных травм, не рекомендуется использовать ее в работе с другими пациентами без специальных модификаций. КТ продемонстрировала эффективность в снижении симптоматики ПТСР в двух контролируемых исследованиях. ТА не получил подтверждения эффективности в плане использования для терапии ПТСР. СД также не рекомендуется, и ее следует заменять ВТ БОС не продемонстрировала эффективности в лечении ПТСР, и ее использование не рекомендуется. В одном исследовании была продемонстрирована эффективность релаксации, однако гораздо меньшая, чем у ВТ, КТ и совмещения ВТ и КТ. В другом исследовании было показано, что релаксация эффективна только для снижения симптоматики физиологического возбуждения у пациентов, недавно подвергшихся влиянию травмы. БОС и релаксация могут использоваться как компоненты для управления тревогой, входящие в более полные программы лечения, однако самостоятельно они не обладают эффективностью в терапии ПТСР и, следовательно, не рекомендуются к проведению. Каждый из рассмотренных подходов имеет ограничения в применении:

1. *Вскрывающая терапия (ВТ)*. Некоторые люди, пережившие травмы, сопротивляются конфронтации с травматическими воспоминаниями и не в силах выносить тревогу и временное усиление симптомов, которое может сопровождать конфронтацию с травмой. Следовательно, не каждый пациент может проходить ВТ. Существует точка зрения, что ВТ неэффективна для пациентов, которые своими действиями нанесли кому-либо вред, т.е. в случаях, когда основной эмоцией является чувство вины. Кроме того, существует мнение, что индивиды, у которых преобладают эмоции гнева, в меньшей степени улучшают свое состояние в процессе ВТ, нежели те, кто испытывает преимущественно тревожную симптоматику. Несмотря на это, ВТ имеет высокую эффективность для лечения ПТСР и, следовательно, должна рассматриваться как основное направление терапии при отсутствии противопоказаний. В посвященной ВТ работе обсуждается, для каких пациентов и в каких случаях следует использовать ВТ.

2. *Систематическая десенсибилизация (СД)*. Основываясь на исследованиях, показавших, что длительная терапия превосходит по результатам краткосрочную, а также на том, что релаксация во время повторного переживания травмы не увеличивает эффективности терапии, СД сильно проигрывает по сравнению с ВТ.

3. *Тренинг управления стрессом (ТУС)*. Как показывают приведенные данные, ТУС исследовался только в терапии женщин, переживших насилие. Таким образом, эффективность ТУС в отношении ПТСР, вызванного другими видами травм, неизвестна. Некоторые элементы ТУС могут не подходить для определенных пациентов (например, релаксация может приводить к индуцированию тревоги). В связи со сложной структурой ТУС и большим количеством входящих в него компонентов терапевты должны проходить серьезный тренинг.

4. *Когнитивно-процессуальная терапия (КПТ)*. КПТ была специально разработана для лечения пострадавших от насилия. Следовательно, она не подходит для лечения ПТСР, вызванного другими травмами. Данные исследований показывают, что изучение КПТ проводилось именно на тех выборках, на которых шла разработка этого терапевтического подхода. Таким образом, необходимы дополнительные исследования эффективности КПТ.

5. *Когнитивная терапия (КТ)*. В настоящем разделе рассмотрены три исследования КТ, в том числе два хорошо контролируемых; все они свидетельствуют о ее эффективности. Следовательно, КТ показана при ПТСР.

Однако многие исследователи ПТСР уверены, что необходимо включать КТ элементы вскрывающей терапии.

6. *Тренинг асертивности (ТА)*. ТА изучался только в одном исследовании, которое было плохо контролируемым и проводилось только на выборке женщин, переживших сексуальное насилие. Следовательно, для формулировки

включения о целесообразности ТА для ПТСР необходимы дополнительные исследования. В целом ТА может рассматриваться скорее как компонент ^терапии, чем как отдельный терапевтический подход.

7. *Биологическая обратная связь (БОС)*. БОС изучалась только в одном исследовании. Необходима дополнительная работа для определения ее эффективности в терапии ПТСР. По имеющимся в нашем обзоре данным, БОС неэффективна для ПТСР.

8. *Релаксация*. Релаксация может приводить некоторых пациентов к индуцированию тревоги. Она показала меньшую эффективность по сравнению с другими видами терапии, однако дает небольшой позитивный эффект в работе с симптоматикой физиологического возбуждения. В целом релаксация не рекомендуется для терапии ПТСР.

9. *Совмещенные программы*. Совмещенные программы не продемонстрировали большей эффективности, чем одиночные подходы. Данный вывод может объясняться сокращением времени, отводимого на проработку каждого компонента, однако эта гипотеза требует специальной проверки. Совмещенные программы, как правило, сложны для осуществления.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во многих тщательно контролируемых исследованиях получены очевидные данные об эффективности ВТ в терапии различных видов травм. В самом деле, ни один другой метод не имеет такого четкого подтверждения своей эффективности. Эффективность ТУС, КПТ, КТ и совмещенных подходов в основном подтверждается, но они имеют недостаточно репрезентативные

выборки (все исследования выполнены на группах женщин, подвергшихся насилию), а также методологические недостатки по сравнению с другими методами.

ЛИТЕРАТУРА

Foa E. B., Meadows E. A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48,449-480.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Foa E. B., Rothbaum B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press. *Follette V. M., Ruzek J. I., Abueg F. R.* (Eds.). (1998). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*.

New York: Guilford Press. *Foy D. W.* (Ed.). (1992). *Treating PTSD*. New York: Guilford Press. *Resick P. A., Schnicke M. K.* (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.

Психофармакотерапия

Джонатан Р.Т. Дэвидсон, Томас А. Меллман, Стивен М. Саусвик

ОПИСАНИЕ

В настоящее время мы располагаем убедительными данными, свидетельствующими о том, что ПТСР связано с нарушением регуляции в ряде базовых психобиологических систем. Четко установлено, что эти нарушения касаются адренергических и гипоталамо-гипофизарно-адренотропических механизмов, провоцируют рост физиологической реактивности и нарушение сна. Кроме того, с ПТСР связаны отклонения в регуляции серотонина, опиоидов, дофамина, тирозина, кортикотропного релизинг-фактора и в функционировании глутаматергической системы. Вместе с тем лекарственные препараты, применяемые при лечении ПТСР, оказываются действенными и в отношении лечения расстройств, коморбидных ПТСР. Это дает основание рассматривать психофармакотерапию как эффективный способ лечения, который можно применять к большинству пациентов с ПТСР.

Несмотря на упомянутые выше данные научных исследований, специалисты в области фармакотерапии ориентируются в первую очередь на эмпирический критерий эффективности того или иного лекарственного препарата применительно к тому или иному специфическому симптому. Вместе с тем в настоящее время очень редко встречаются исследования, посвященные психическим заболеваниям, в том числе и ПТСР, в которых эффективность изучаемых лекарственных средств рассматривалась бы в отношении конкретных

13-7ПКА

психобиологических нарушений. Как следует из исследовательской и клинической практики, пациентам, страдающим ПТСР, может быть назначен практически любой класс психотропных средств. Наибольшее количество работ было направлено на изучение антидепрессантов: ингибиторов селективного обратного захвата серотонина, ингибиторов моноаминоксидазы, трициклических антидепрессантов и других серотонергических средств (тразодона и нефазодона). Были изучены также антиадренергетики: α -2 агонисты клонидин и гуанфацин и β -антагонист пропранолол. Применение антиконвульсивных стабилизаторов настроения (карбамазепин и вальпроат) изначально основывалось на их способности снижать чрезмерную раздражительность. Наконец, в ряде исследований применялись бензодиазепины, анксиолитики и антипсихотики.

ОСНОВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее достоверными можно считать данные, полученные для класса антидепрессантов, поскольку именно эти лекарственные препараты были объектом изучения во многих рандомизированных клинических исследованиях в области фармакотерапии. Клинические работы без использования рандомизации и системы контроля выполнялись с антидепрессантами, антиадренергетиками, антиконвульсантами и бензодиазепинами. Изучение других лекарственных средств проводилось исключительно в рамках описания случаев и несистематических наблюдений.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

В ранних исследованиях предполагалось, что в случае ПТСР продолжительность курса лечения должна составлять по меньшей мере 8-12 недель, в противном случае лечение может оказаться неэффективным. Более поздние и более детальные исследования (в том числе посвященные изучению ингибиторов селективного обратного захвата серотонина), включавшие количественные измерения, позволили установить, что значимая редукция посттравматической симптоматики наблюдается уже через 2-5 недель. Таким образом, вопрос о том, какой должна быть длительность лечения, до сих пор остается открытым.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Ниже в скобках указан уровень эффективности того или иного препарата (который может варьировать от «А» до «F»). Сведения, послужившие основой

для составления настоящих рекомендаций, приводятся в таблицах 5.2-5.4 (см. главу 5).

1. *Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина (сертра-лин — уровень А; флувоксетин — уровень А/В; пароксетин и флувоксамин — уровень В).* Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина могут быть рекомендованы в качестве первоочередного средства лечения гражданских выборок. Они позволяют достичь снижения посттравматической симптоматики по всем критериям DSM-IV, способствуют общему улучшению состояния и, кроме того, эффективны в отношении коморбидных расстройств и сопутствующих симптомов. На основании большого исследования с применением двойного слепого метода, в котором были получены позитивные результаты, АНСРР признал сертралин лекарственным препаратом самого высокого уровня (уровня А), а FDA рекомендовал его к применению при лечении ПТСР. Флувоксетину в настоящее время может быть присвоен лишь рейтинг А/В, поскольку проведено лишь одно небольшое рандомизированное клиническое исследование, посвященное этому препарату. Несмотря на то, что ингибиторы селективного обратного захвата серотонина имеют меньше побочных эффектов и большую безопасность по сравнению с другими антидепрессантами, они все же могут вызывать бессонницу, раздражительность, желудочно-кишечные нарушения и сексуальные дисфункции. Результаты, полученные на выборке ветеранов, интерпретировать сложнее в силу осложненного и хронического характера ПТСР в этих случаях.

2. *Ингибиторы МАО (фенелзин — уровень А/В, моклобемид — уровень В).* Несмотря на то, что ингибиторы МАО редко становились объектом исследований, было показано, что они эффективны в отношении симптомов, описанных в критерии В, а также отчасти и симптомов критерия С. Кроме того, применение ингибиторов МАО дает общее улучшение самочувствия. Они являются также эффективными антидепрессантами и антипаническими средствами. Было опубликовано два рандомизированных клинических исследования с назначением фенелзина, одно из которых имело серьезные методические недоработки. Следовательно, уровень достоверности результатов, подтверждающих эффективность этого препарата, на настоящий момент может быть оценен только как А/В (см. таблицу 5.4). Необходимость следовать определенной диете является серьезным ограничением для применения ингибиторов МАО. Более того, противопоказанием к использованию данного класса лекарственных веществ служит употребление алкоголя, наркотиков, а также некоторых фармакологических средств, назначенных больному для лечения других заболеваний. Сердечно-сосудистые, гепатотоксические и другие побочные эффекты также связываются с ингибиторами МАО. Если дальнейшие исследования подтвердят безопасность и эффективность обратимого МАО-А ингибитора

моклобемида, это может послужить веским аргументом в пользу отнесения ингибиторов МАО к разряду первоочередных средств лечения ПТСР.

3. *Трициклические антидепрессанты (имипрамин/амитриптилин/деси-прамин — уровень А).* Трициклические антидепрессанты обнаруживают сходный спектр действия (например, снижение симптомов критерия В и улучшение общего состояния) с ингибиторами МАО, хотя и не являются столь же эффективными. Несмотря на то, что эти препараты имеют меньше серьезных побочных эффектов, чем ингибиторы МАО, они могут давать такие побочные эффекты, как понижение давления, аритмия, седативное и антихолинергическое действие, возбуждение.

4. *Антиадренергические средства (клонидин/гуанфацин/пропранолол — уровень С).* Считается, что антиадренергические средства снижают уровень возбуждения, симптомы вторгающегося переживания травматического опыта и, возможно, также диссоциативные симптомы, хотя адекватных клинических исследований еще не проведено. Антиадренергетики относят к числу сравнительно безопасных лекарств, но тем не менее на протяжении всего курса лечения должно проводиться измерение кровяного давления и пульса. Исходя из данных, полученных из нескольких описаний случаев, при употреблении гуанфацина толерантность возникает реже, чем при употреблении клонидина. Пропранолол иногда может вызывать психомоторную заторможенность и появление депрессивных симптомов.

5. *Антиконвульсанты (карбамазепин/вальпроат — уровень В).* Карбамазепин и вальпроат показали свою эффективность в отношении симптомов критерия D. В то же время, вальпроат позволяет добиться редукции также и по критерию С. Было выполнено несколько нерандомизированных исследований с использованием антиконвульсантов, при этом рандомизированных клинических исследований не проводилось. Оба вышеуказанных лекарственных препарата имеют гарантированную эффективность в отношении биполярных аффективных расстройств, и оба могут оказывать побочное действие, в особенности, карбамазепин.

6. *Бензодиазепины (алпразолам — уровень В, клоназепам — уровень С).* Оба указанных лекарственных препарата являются эффективными анксиолитическими и антипаническими средствами. Установлено, что бензодиазепины оказывают типичное антивозбуждающее действие на пациентов с ПТСР, однако редукции посттравматической симптоматики (по критериям В и С) при этом не наблюдается. С особой осторожностью следует назначать бензодиазепины пациентам с актуальной или имевшей место в прошлом алкогольной и наркотической зависимостью/злоупотреблением. Лекарственные средства этого класса способны вызывать также психомоторную заторможенность и обострение депрессивной симптоматики. Предполагается, что бензодиазепины не имеют преимуществ перед другими препаратами и,

соответственно, не могут быть рекомендованы в качестве самостоятельного средства лечения. В то же время бензодиазепины могут привлекаться в качестве дополнительного средства при краткосрочном лечении нарушений сна или для оказания экстренной помощи при приступах тревоги.

7. *Другие серотонергические средства (нефазодон — уровень В, тразодон — уровень С, ципрогептадин/буспирон — уровень F).* Клинические исследования открытого типа эффективности нефазодона показали, что он подавляет гнев и способствует нормализации сна. Тразодон может быть использован в качестве дополнительного средства при лечении с помощью ингибиторов селективного обратного захвата серотонина, так как позволяет справиться с появляющейся в результате их приема бессонницей. При этом фармакологический механизм действия тразодона синергичен механизму действия ингибиторов селективного обратного захвата серотонина. Что же касается эффективности ципрогептадина и буспилона, то она изучалась исключительно в ходе несистематических наблюдений, что не позволяет рекомендовать эти препараты пациентам с ПТСР.

8. *Антипсихотические препараты (тиоридазин, клозапин, рисперидон — уровень F).* Антипсихотики также не могут в настоящее время рекомендоваться к широкому применению при лечении ПТСР из-за недостаточности экспериментальных данных относительно их эффективности. В то же время, они незаменимы при лечении пациентов, чье состояние оказалось резистентным к другим лекарственным средствам, в особенности пациентов с выраженными симптомами гипербдительности, параноидными симптомами, раздражительностью, а также психотической симптоматикой. У антипсихотиков имеется множество побочных эффектов, некоторые из них весьма серьезны.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получены неоспоримые доказательства того, что ингибиторы селективного обратного захвата серотонина имеют высокую эффективность. Есть также основания полагать, что ингибиторы МАО обладают средним уровнем эффективности, а трициклические антидепрессанты относятся к числу малоэффективных и, кроме того, имеющих ряд побочных эффектов средств лечения ПТСР. Есть весьма слабые основания для применения антиадренергетиков и антиконвульсантов в лечении ПТСР, что обусловлено отсутствием рандомизированных исследований эффективности препаратов, относящихся к этим классам. Антипсихотики не могут быть рекомендованы для широкого применения по тем же причинам. Наконец, показано, что бензодиазепины неэффективны в отношении симптомов В и С.

Лечение детей и подростков

Юдит А. Коэн, Люси Берлинер, Джон С. Марч

ОПИСАНИЕ

Для детей и подростков, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), рекомендованы и психологическое, и медицинское лечение как по отдельности, так и в комплексе. Эмпирические исследования отдают предпочтение когнитивно-бихевиоральной терапии по сравнению с другими видами психотерапии; на сегодняшний день получено слабое подтверждение эффективности использования лекарств. Все рекомендованные лечебные подходы используют элементы психологического просвещения и привлечения к процессу лечения родителей, обычно на его начальной стадии. Хотя эмпирические исследования не доказывают преимуществ индивидуальной, семейной или групповой терапии, все-таки в большинстве случаев терапия организуется как индивидуальная. Для детей, пострадавших от насилия, первоначально терапевтическое вмешательство может происходить в форме индивидуальной психотерапии и впоследствии подкрепляться повторением и практическими занятиями с родителями. Групповая терапия в условиях школы может быть оптимальна для детей, которые совместно пережили травму (например, ураган или расстрелы в школе).

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ) имеет самые сильные эмпирические доказательства эффективности лечения симптомов ПТСР у детей. КБТ, следовательно, может рассматриваться как первоочередной подход в лечении (либо отдельно, либо в сочетании с другими видами психотерапии). Большинство КБТ интервенций для детей содержит компонент прямого рассказа о травме, когнитивного переструктурирования, совладания с тревогой и элемент психологического просвещения, однако из существующих источников остается неясным, какой из компонентов является «воздействующим ингредиентом». Например, неизвестно, насколько глубокими должны быть вскрывающие интервенции, как много должно быть повторений для достижения терапевтического результата, — вообще является ли этот элемент необходимым. Не имеет адекватного эмпирического доказательства и необходимость включения компонентов когнитивного реструктурирования и совладания с тревогой в ходе когнитивно-бихевиоральной терапии у детей. По результатам будущих сравнительных исследований глазодвигательная терапия (ДПДГ) может оказаться, а может и не оказаться эффективной, особенно в сравнении с КБТ. Другие психосоциальные психотерапии, такие, как психодинамическая психотерапия, арт-терапия или групповая терапия, поддержаны немногочисленными доказательствами их эффективности, но не могут на этом основании быть рекомендованы как первоочередные в лечении ПТСР у детей. Также из-за отсутствия адекватных эмпирических данных клиницистам настоятельно рекомендуется полагаться на мнение экспертов для назначения и определения вида психофармакологического воздействия.

ХОД ПСИХОТЕРАПИИ

В настоящее время не существует убедительных данных относительно оптимальной длительности лечения методами психотерапии или с помощью лекарств. Для большинства когнитивно-бихевиоральных воздействий в лечении детских психических расстройств количество эмпирически подтвержденных интервенций колеблется между 8 и 16 сессиями. Однако для некоторых детей, особенно для тех, которые подверглись длительному травматическому воздействию, имеют предшествующие травме проблемы, сопутствующие травме обстоятельства или хронический ПТСР с преобладающими диссоциативными чертами, требуется более длительная терапия. Поскольку ПТСР у детей может носить затяжной и изнурительный характер, суждение о длительности лечения должно определяться на основе клинического улучшения симптомов и успеха в достижении ожиданий, соответствующих стадии детского развития.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Дети и подростки с ПТСР с большой вероятностью получают пользу от психотерапии, направленной на симптомы ПТСР. Среди видов психотерапии, приносящих облегчение, КБТ имеет наибольшую эмпирическую поддержку и, следовательно, приоритет в выборе ее для лечения ПТСР. Конкретная схема КБТ должна определяться природой травмы: насилие или внезапное травматическое событие. Ввиду того, что предпочтителен минимальный побочный эффект, и ввиду того, что доказана эффективность лечения как депрессивных, так и тревожных расстройств, ингибиторы обратного захвата серотонина часто являются первым психотропным препаратом, выбираемым для лечения ПТСР у детей, особенно если их использование необходимо для лечения сопутствующих расстройств. Клонидин может быть эффективен для лечения некоторых детей и подростков с явными симптомами гиперактивности, особенно повышенной реакции испуга. Ниже представлен рейтинг видов лечения:

Психотерапия

КБТ	A
EMDR	B-C
Динамическая психотерапия	D
Дебрифинг	E
Семейная психотерапия	E
Групповая психотерапия	E
Арт-терапия	E

Лекарства

Пропранолол	B
Клонидин	C
SSRI	D
TCA	D
Бупирон	D
Атипичные антидепрессанты	E

Противопоказания являются общими для каждого класса психотерапии и/или специфичными для каждого вида психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

Cohen J. A., Mannarino A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50.

Deblinger E., Heflin A. H. (1996). Cognitive behavioral interventions for treating sexually abused children. Thousand Oaks, CA: Sage.

Donnelly C L., Amaya-Jackson L., March J. S. (1999). Psychopharmacology of pediatric posttraumatic stress disorder. Journal of Child Adolescent Psychopharmacology, 9(3), 203-220.

March J., Amaya-Jackson L., Murry M., Schulte A. (1998). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder following a single incident stressor. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(6), 585-593.

March J., Amaya-Jackson J., Pynoos R. (1996). Pediatric post-traumatic stress disorder. In J. Weiner (Ed.), Textbook of child and adolescent psychiatry (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

**Десенсибилизация
и переработка****с помощью движений глаз**

Клауд М. Чемтоб, Дэвид Ф. Толин, Бессел А. ван дер Колк, Роджер К. Питмэн

ОПИСАНИЕ

Десенсибилизация и переработка движениями глаз (ДПДГ) представляет собой комплексный метод лечения ПТСР. Процедура ДПДГ заключается в следующем: пациент должен сосредоточиться на вызывающем беспокойство образе, на связанных с ним отрицательных мыслях и эмоциях. Одновременно с этим психотерапевт просит пациента следить за движениями пальцев его рук, которые он совершает в поле зрения пациента. Эта процедура с некоторыми вариациями повторяется в ходе лечения до тех пор, пока не будет снижена острота травматического воспоминания, а негативные переживания пациента в отношении травмы не будут заменены на более адаптивные. Сходные процедуры используются для создания положительных установок, а также выработки адаптивных форм поведения и копинг-стратегий.

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

ДПДГ признается эффективным методом лечения ПТСР. АНСРР присвоило этому методу рейтинг «Уровень А/В». Оценка А в указанном рейтинге означает, что данные, включенные в обзор семи рандомизированных исследований, проведенных в контролируемых условиях, подтверждают эффективность терапии ДПДГ при сравнении с листом ожидания, обычным поддерживающим консультированием и теми альтернативными методами лечения, которые использовались в данных исследованиях в качестве контрольных. Литера «В» означает, что для подтверждения самого высокого уровня достоверности данных по эффективности ДПДГ необходимы дополнительные исследования, свободные от недостатков предыдущих работ — малого количества контролируемых параметров. Как и для других видов лечения, эффективность ДПДГ оказывается выше при лечении гражданских лиц, перенесших единичный случай травматизации, по сравнению с пережившими множественную психическую травматизацию ветеранами войны с тяжелым и хроническим ПТСР.

Терапевтическая действенность ДПДГ не предполагает, конечно, необходимости безусловного признания постулируемой в ДПДГ роли движений глаз. Исследования, посвященные изучению этого вопроса, продемонстрировали довольно слабую поддержку гипотезы о центральной роли движений глаз для ДПДГ. Вместе с тем выводы, имеющиеся в данных работах, нельзя считать окончательными в силу допущенных в них методических недочетов.

РЕКОМЕНДАЦИИ Клинические

Важно отметить, что лечение ПТСР отличается от терапевтической работы с единичным травматическим воспоминанием. В некоторых ранних работах это положение не учитывалось, что приводило к нереалистичным ожиданиям. В соответствии с этим при проведении ДПДГ необходимо подбирать такую продолжительность лечения и назначать такое количество сессий, которые были бы адекватны сложности травмы и числу травматических воспоминаний. Исследования показывают, что наилучших результатов лечения можно достичь, если следовать процедуре, описанной Ф. Шапиро (Shapiro, 1995). Отклонения от установленной процедуры могут приводить к снижению эффективности лечения.

Из-за недостаточности существующих на настоящий момент данных о том, для каких пациентов предпочтительна процедура ДПДГ, а для каких — иные

процедуры, выбор метода лечения производится на основании имеющихся у терапевта навыков и степени его подготовки, а также с учетом пожеланий самого пациента. Кроме того, выявлен ряд противопоказаний по применению ДПДГ. Прежде всего это относится к пациентам с коморбидной психопатологией (например, в случае зависимости от различных веществ), а также склонным к суицидальному поведению. В таких случаях рекомендуется провести всестороннее клиническое обследование больного и тщательно спланировать весь курс лечения. Важно помнить, что овладение приемами ДПДГ не может заменить общей подготовки по лечению психиатрических расстройств.

Исследовательские

Для определения того, какой именно из компонентов сложной процедуры ДПДГ вносит наиболее существенный вклад в эффективность этого метода, необходимо проведение дополнительных, соответствующим образом спланированных уточняющих исследований. Имеется потребность и в сравнительных исследованиях эффективности ДПДГ и других методов лечения ПТСР с привлечением больших выборок. Эти исследования не могут ограничиваться только вопросами эффективности, а должны охватывать также и другие важные аспекты, такие, как согласованность того или иного метода с другими методами лечения, степень их принятия пациентами и удобство для них таких методов. Необходимо также продолжить изучение эффективности применения ДПДГ при лечении ПТСР у детей. К настоящему моменту основам владения техникой ДПДГ по единообразной методике обучено уже довольно большое число специалистов в области психотерапии. Это дает нам замечательную возможность в реальных условиях проводить качественные исследования, посвященные лечению посттравматического стрессового расстройства.

ЛИТЕРАТУРА

Shapiro F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Feske U. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 171-181.

Lohr J. M., Tolin, D. F., Lilienfeld S. O. (1998). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29, 123-156.

Shapiro F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13,35-67.

SpectorJ., ReadJ. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6,165-174.

Групповая терапия

Дэвид У. Фой, Ширли М. Глинн, Паула П. Шнурр, Мэри К. Янковски, Мелисса С. Ваттенберг, Даниэл С. Вейс, Чарльз Р. Мармар, Фред Д. Гусман

ОПИСАНИЕ

Групповая терапия посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) вселяет в участников чувство единения с другими членами группы, ободряет и поддерживает их. Она существует в двух терапевтических форматах: «покрывающем» и «вскрывающем» — в зависимости от того, касается ли терапия прямо травматического опыта или нет. Типичным примером «покрывающей» стратегии является поддерживающая групповая терапия, созданная для достижения межличностного комфорта и для обеспечения контекста, который ориентирует членов группы на совладание с травмой. Существует два типа «вскрывающих» групп. Целью психодинамических групп является достижение каждым членом группы нового понимания того, что это значит — подвергнуться травме и реагировать тем способом, которым он реагировал, а также понимание личностных проблем, вызванных травмой. Когнитивно-бихевиоральная групповая терапия концентрируется на вскрывающих техниках (систематическом рассказе о травме) и когнитивном переструктурировании с каждым членом группы, пережившим травматический опыт.

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

По результатам четырнадцати исследований, групповая терапия ПТСР рекомендуется как потенциально эффективная терапия. Степень подтверждения возрастает от 2 исследований, использовавших рандомизацию с контрольной группой (АНСРР уровень А), и 5 исследований, использовавших нерандомизированную выборку и контрольную группу (АНСРР уровень В), до 7 исследований, использовавших одну группу, в которой измерялись изменения до и после курса терапии (АНСРР уровень С). Результаты исследований не показали преимуществ какого-либо одного вида групповой терапии.

ХОД ПСИХОТЕРАПИИ

«Вскрывающие» группы, как правило, организованы как закрытые, тогда как поддерживающие группы — «открытого» формата, т.е. группа может набирать новых членов в процессе работы. Обычно работа группы планируется на 10-52 недели, группы состоят из 8 пациентов и терапевта, продолжительность сессии 90 минут, встречи происходят еженедельно.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Степень эмпирической подтвержденности приводимых ниже показаний и противопоказаний к групповой терапии, описанных в 14 публикациях и являющихся результатом клинического опыта и рациональных заключений, невысока (уровень D). Требованиями к участию в групповой терапии являются гибкое персональное расписание участников группы для того, чтобы они могли посещать группу в назначенное время; способность устанавливать отношения доверия с другими членами группы и с ведущими; предварительный опыт участия в группе (например, в группе 12 ступеней); завершение предварительного курса индивидуальной терапии; отсутствие в настоящий момент суицидальных тенденций или намерений убийства; травматический опыт, сходный с опытом других членов группы; совместимость с другими членами группы по половой, этнической и сексуальной ориентации; намерение придерживаться правил групповой конфиденциальности; отсутствие тяжелой паранойи или социопатии; стабильные условия жизни.

Противопоказаниями к групповой терапии являются острый психоз; тяжелые органические поражения или ограниченные когнитивные способности; нахождение под следствием или намерение использовать свое состояние для получения финансовой компенсации.

Для участия в группах «вскрывающего» типа существуют следующие показания: индивид может выносить высокую тревогу, возбуждение или другие сильные аффекты; у него отсутствуют суицидальные тенденции или намерения убийства; проблема злоупотребления химическими веществами или другие сопутствующие проблемы находятся под контролем; индивид принял решение провести работу с травмой; у него есть намерение рассказать о личном травматическом опыте; в настоящий момент он не находится в состоянии жизненного кризиса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С того момента как 20 лет назад ПТСР был признан диагностической единицей, опубликованы 20 исследований, посвященных оценке техник групповой терапии по лечению этого расстройства. Несмотря на определенную методологическую ограниченность данных исследований, в них представлены позитивные результаты, позволяющие в целом поддерживать проведение групповой терапии с пациентами, страдающими ПТСР.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Alexander P. C., Neimeyer R. A., Follette V. M., Moore M. K., Harter S. (1989). A comparison of group treatments of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483. *Resick P. A., Schnicke M. K.* (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756. *Tutty L. M., Bidgood B. A., Rothery M. A.* (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325-343.

ОПИСАНИЕ

Целью психодинамической психотерапии является восстановление нормальных механизмов адаптации путем обращения к бессознательному и постепенному его осознанию. Это осуществляется через исследование психологического значения травматического события. Сюда может включаться просеивание и сортировка желаний, фантазий, страхов и защит, вызванных данным событием. Психодинамическое лечение требует способности к инсайту и мужества, его следует проводить в контексте терапевтических отношений, основанных на безопасности и честности. Перенос и контрперенос являются универсальными феноменами, которые терапевт должен распознавать и к которым он может открыто обращаться в терапии в зависимости от применяемого им метода и собственных соображений. Отношения между пациентом и терапевтом представляют сами собой решающий фактор позитивной реакции пациента на лечение.

УБЕДИТЕЛЬНОСТЬ

Известны лишь немногие эмпирические исследования, основанные на рандомизации материала, контролируемых переменных и валидизированных измерениях результата терапии. Сообщения об отдельных случаях и тщательно обоснованных работах составляют основной массив психодинамической литературы. Они не могут обеспечить окончательной проверки психодинамических гипотез и не устанавливают границ психопатологии, теории или методов, но тем не менее составляют важную часть научного исследования направленного на понимание воздействия психической травмы на человека.

ХОД ЛЕЧЕНИЯ

Классический психоанализ проводится четыре-пять раз в неделю по 45 или 50 минут на протяжении от двух до семи (или более) лет. Психодинамическая психотерапия чаще всего включает одну-две встречи в неделю и может быть относительно короткой (несколько месяцев) или иметь открытую дату окончания (продолжаясь несколько лет). Краткосрочная психодинамическая психотерапия включает в среднем от 12 до 20 сеансов с частотой одна-две встречи в неделю. Поддерживающая психотерапия может быть краткосрочной (12-20 сеансов) и фокальной или длительной с открытой датой окончания. Она обычно включает один сеанс в неделю, но не исключена и большая или меньшая частота встреч в зависимости от потребностей и возможностей пациента.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Решение пройти психодинамическую психотерапию и выбор ее типа зависит от личностных свойств пациента, от наличия дезадаптивных психологических защит, сфокусированности проблемы и целей, которые ставит пациент. Показания к более экспрессивному лечению включают сильную мотивацию, выраженное страдание, способность к регрессии на службе Эго, толерантность к сильным аффектам и фрустрации, психологизацию, ненарушенное тестирование реальности, способность к образованию значимых и продолжительных отношений, умеренно хороший контроль над импульсами и способность сохранять работу (уровень АНСРР C/D). Пациенты, которым существенно недостает одного или нескольких из этих качеств, скорее смогут извлечь пользу из психотерапии, имеющей более поддерживающий и менее ориентированный на инсайт характер (уровень АНСРР D). Все виды психодинамической психотерапии сочетают в себе экспрессивные и поддерживаю'

щие элементы. Классический психоанализ является в первую очередь экспрессивной психотерапией, направленной на снижение симптомов, возрастание понимания себя, увеличение силы Я и достижение фундаментальных изменений внутриспсихического баланса пациента (путем фокусирования на застарелых конфликтах, проблемах во взаимоотношениях и проблемах развития в ходе анализа переноса). Психодинамическая психотерапия, будучи также экспрессивным методом, отличается от психоанализа тем, что она не направлена на достижение фундаментальных изменений в интра-психической структуре и не обязательно концентрируется на интерпретации переноса. Краткосрочная психодинамическая психотерапия (и поддерживающая, и экспрессивная) показана в тех случаях, когда ситуация является относительно острой, а проблемы пациента — фокальными (уровень АНСРР В/С). Противопоказания к экспрессивной терапии включают застарелую слабость Эго, острый жизненный кризис, низкую толерантность к тревоге и/или фрустрации, низкую способность к инсайту, недостаточное тестирование реальности, серьезно нарушенные объектные отношения, ограниченную способность к контролю над импульсами, низкий интеллект или органическое нарушение когнитивных функций, трудности с самонаблюдением и слабую способность к формированию терапевтического альянса. Эти характеристики не исключают проведения психодинамической психотерапии, но предполагают необходимость модификации метода, чтобы пациент смог вовлечься в работу (уровень АНСРР D).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Briere J.* (1996). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival* (2nd ed.). New York: Springer.
- Gabbard G. O.* (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herman J.* (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Krystal H.* (Ed.). (1968). *Massive psychic trauma*. New York: International Universities Press.
- Lindy J.* (1988). *Vietnam: A casebook*. New York: Brunner/Mazel.
- Shengold L.* (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. New Haven, CT: Yale University Press.
- van der Kolk B. A., McFarlane A. C., Weisaeth L.* (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.

ОПИСАНИЕ

Лечение пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в стационаре осуществляется в психиатрических клиниках общего профиля, в специализированных клиниках и по лечебным программам. Специализированные программы отличаются особым методическим подходом к лечению, подразумевающим 1) учет связи между психической травмой и симптомами и нарушением функционирования индивида, 2) особые критерии для прохождения лечения в условиях стационара, 3) организацию курса самого лечения в терапевтическом сообществе, а также 4) привлечение персонала, прошедшего специальную подготовку. К настоящему моменту такие специализированные программы организованы для двух групп населения: ветеранов боевых действий и лиц, переживших насилие в детском возрасте. Как правило, это пациенты, перенесшие множественные травматические эпизоды и страдающие хроническим ПТСР, течение которого отягчено соматическими и психическими заболеваниями. Проводимое в условиях стационара лечение ПТСР является разноплановым и предполагает применение различных по своему характеру интервенций, что позволяет рассматривать его как «метатерапию», а не как некий особый вид лечения. Основные цели его применения заключаются в стабилизации острых кризисных ситуаций, в том числе связанных с угрозой причинения вреда себе и окружающим, декомпенсацией, неспособностью нормально функционировать (особенно это относится к краткосрочному лечению — от нескольких дней до двух недель

пребывания в стационаре). Более длительный курс (от 2 до 12 недель) скорее подразумевает плановое, а не кризисное прохождение стационарного лечения для пациентов, имеющих тяжелую симптоматику и/или серьезную дестабилизацию. Стационарное лечение представляет собой один из компонентов лечебного процесса, основанный на краткосрочном или среднесрочном вмешательстве и периодически повторяющийся, если это необходимо.

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА

Изучению эффективности специализированного стационарного лечения посвящено лишь небольшое число исследований (при этом среди них нет ни одного с рандомизацией и контрольными группами). В большинстве публикаций, которыми мы к настоящему моменту располагаем, приводятся данные, полученные в исследованиях, выполненных под эгидой Управления по делам ветеранов (VA) на выборках ветеранов боевых действий; небольшое число работ посвящено стационарному лечению лиц, перенесших психическую травму в детском возрасте. Работа исследователей затрудняется тем обстоятельством, что стационарное лечение является, по сути, метатерапией, включающей большое число разнообразных интервенций и компонентов, подлежащих оценке. Используемый в исследованиях «до-после» («pre-post») дизайн предполагает сравнение выраженности симптомов ПТСР при поступлении пациентов в стационар и после их выписки. В некоторых случаях оценка проводится на различных этапах отсроченного наблюдения (и дополнительного лечения). Из числа выполненных до настоящего времени исследований только в трех представлены контрольные группы или группы сравнения.

Полученные эмпирические данные свидетельствуют в пользу того, что стационарное лечение позволяет снизить на определенный период времени выраженность симптомов ПТСР и других психиатрических расстройств. Во многих случаях, однако, достигнутый в ходе лечения результат оказывается неустойчивым. При этом успех лечения не может оцениваться только по параметру снижения интенсивности симптомов. Необходимо также учитывать изменения качества жизни и объектных отношений. Важными параметрами, влияющими на эффективность лечения, являются направленность лечения и продолжительность пребывания пациента в стационаре. Лечение, ориентированное на повседневное функционирование, с акцентом на влияние травмы, более предпочтительно по сравнению с тем, когда в центре внимания находится только опыт психической травмы. Средняя продолжительность пребывания в стационаре (от 2 до 12 недель) предпочтительнее, чем короткая или слишком большая. Имеется потребность

в проведении дополнительных исследований. Цитируя Фонтану и Розен-хека (Fontana, Rosenheck, 1997, р. 763), можно отметить, что «хронический характер заболевания сам по себе создает преграды на пути успешного лечения, помимо тех препятствий, которые связаны с заболеванием как таковым. Важная насущная задача, требующая решения от клинических работников и исследователей, состоит в том, чтобы продолжить работу по созданию и изучению специальных интервенций и программ, которые позволят добиться улучшения и преодолеть хронический характер нарушений пациента». Иными словами, оценка влияния общей среды и методологии лечения является столь же важной, как и оценка специфических техник.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

При поступлении пациента в стационар проводится мультидисциплинарная оценка причин госпитализации и целей лечения, а также ознакомление с психосоциальной историей пациента, в том числе выявление значимых стрессогенных факторов, индивидуальных ресурсов и дефицитов, факторов риска, относящихся к периодам до и после травмы. Учитывая тот факт, что причины госпитализации зачастую связаны с угрозой причинения вреда себе или окружающим и/или тяжелой декомпенсацией, на начальном этапе лечения особое внимание уделяется вопросам безопасности, стабилизации и восстановлению нормального функционирования индивида. Пациент как можно быстрее включается в терапевтическую среду и активно вовлекается в процесс лечения. Разнообразные компоненты лечебного процесса (дополнительная диагностика и консультирование; индивидуальное и групповое лечение; обучение; когнитивно-бихевиоральные интервенции, в том числе приобретение навыков управления эмоциями и подавления симптомов болезни; вскрывающая терапия; семейное и супружеское консультирование и терапия; психофармакология; сотрудничество и консультации со службами амбулаторного лечения; планирование дальнейших мер реабилитации и пр.), применяются в соответствии с методологией лечения посттравматических состояний. В основе концепции лечения ПТСР в условиях стационара лежит общая модель лечения пациентов, страдающих от последствий психической травмы. При этом базисными элементами лечения ПТСР являются безопасность пациентов, стабилизация их состояния, обучение навыкам совладания с симптомами, улучшение личностного функционирования, восстановление социальных связей. Непосредственное внимание травматическим событиям или воспоминаниям уделяется только в тех случаях, когда это необходимо, или же после того, как пациент вышел на достаточно стабильный уровень и выработал навыки совладания.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации основываются на данных ограниченного числа исследований эффективности стационарного лечения, а также на модели посттравматического лечения, выработанной и согласованной изначально для амбулаторных условий, но применимой к стационарному лечению. В качестве наиболее подходящей к условиям стационара модели можно порекомендовать «второе поколение» подходов к посттравматическому лечению, предполагающее тщательно выверенное мультимодальное средовое лечение умеренной продолжительности (от 2 до 12 недель) в условиях индивидуальной и общей безопасности. Эти подходы предполагают проработку вопросов прошлого и планирование будущего пациентов, а также учет влияния психической травмы. Материалы проведенных исследований, а также данные авторитетных источников из области посттравматического лечения свидетельствуют в пользу необходимости проведения тщательной оценки и лечебного планирования, с различающимися целями и стратегиями : лечения в зависимости от конкретных объектных отношений, ресурсов Эго, тяжести симптомов, степени социального взаимодействия и уровня функционирования и трудоспособности.

Показания

Лечение в условиях стационара показано тем лицам, которые представляют угрозу для себя и окружающих; находятся в нестабильном состоянии или переживают рецидивы, серьезно отражающиеся на их способности нормально функционировать; подверглись действию психосоциальных стрессовых факторов; страдают от посттравматических симптомов и коморбидных состояний; нуждаются в специальном наблюдении/осмотре в безопасных условиях. Среднедлительное пребывание в стационаре (варьирующее от 2 до 12 недель) (уровень В, С, D, E)
Акцент на актуальной ситуации, при учете роли травмы (уровень В, С, D, E)
Поэтапность, предварительное условия — безопасность и стабилизация (уровень В, С, D, E)
Индивидуально подобранные интервенции, цель применения которых не сводится только к снижению уровня выраженности симптомов (уровень В, С, D, E) Мультидисциплинарность и мультимодальность (уровень С, D, E)

Противопоказания

Стационарное лечение в специализированных отделениях противопоказано пациентам, которые (1) не могут или не хотят принимать участие в лечении средой, основанном на модели посттравматического лечения; (2) для которых лучшим вариантом является отказ от работы с травматическими воспоминаниями; (3) лицам с психотическими и/или характерологическими нарушениями такой тяжести, что они не могут или не хотят поддерживать безопасность в условиях стационара; (4) больным, чье состояние (например, злоупотребление алкоголем, наркотическая зависимость, расстройства питания) угрожает нормальной жизнедеятельности других и должно быть стабилизировано в первую очередь (уровень C, D, E).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Краткосрочная или среднесрочная модель стационарного лечения ПТСР с акцентом на индивидуальной безопасности и безопасности окружающих, стабилизации, приобретении жизненных навыков, установлении социальных связей имеет несколько преимуществ. Она согласуется с пересмотром полезности данного вида лечения для разных групп лиц и попытками снизить финансовые затраты на реализацию программ лечения, а также ориентирована на эффективное задействование сохраненных психических ресурсов. Эта модель лечения дает возможность пациентам быть партнерами в лечебном процессе и побуждает их к выбору наименее ограничивающих функционирование (и менее регрессивных) видов помощи по мере того, как их кризисы стабилизируются, а симптомы болезни снижаются. Данная модель реализуется при сотрудничестве со службой оказания помощи по месту жительства, а также со службой амбулаторной помощи. Лечение в стационаре является лишь одним, хотя и имеющим, безусловно, решающее значение для нестабильных периодов функционирования пациентов, компонентом лечения ПТСР. В рамках данной модели в ответ на потребность пациентов с хроническим ПТСР, осложненным другими психиатрическими и соматическими расстройствами, предлагается многократное краткосрочное, интенсивное лечение в условиях стационара. Включенный в социальный контекст, такой подход имеет методическую установку и модель лечения, специально ориентированные на особенности переживших травматизацию пациентов, что редко делается в отделениях общего профиля. Согласно данному подходу, травматический генез возникающих у пациентов трудностей и патологических отклонений не игнорируется; и тем не менее предполагается выход за рамки травматизации таким образом, чтобы в центре внимания оказывалась целостная личность.

Акцент на связанном с травмой прошлом делается только в интересах будущего, дальнейшей жизни, не отягощенной травматическими переживаниями, или, как назвал это Шалев (Shalev, 1997), для «исцеления во имя будущего».

ЛИТЕРАТУРА

Fontana A., Rosenheck R. (1997). Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorders: Comparison of three models of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 154(6), 758-776.

Shalev A. Y. (1997). Discussion: Treatment of war-related posttraumatic stress disorder: Learning from experience. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 415-422.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Bloom S. L. (1994). The sanctuary model: Developing generic inpatient programs for the treatment of psychological trauma. In M. B. Williams, J. F. Sommer (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy* (pp. 474-494). Westport, CT: Greenwood Press.

Bloom S. L. (1997). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.

Herman J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic to political terrorism*. New York: Basic Books.

Психосоциальная реабилитация

Вальтер Пенк, Рэймонд Б. Флэннери мл.

ОПИСАНИЕ

Техники психосоциальной реабилитации рекомендуются для лечения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у взрослых людей, перенесших травмирующие события. В данном обзоре рассматриваются семь основных моделей психосоциальной реабилитации: (1) психологическое просвещение и информирование пациента о его здоровье; (2) развитие навыков самопомощи/независимой жизни; (3) обеспечение благоприятных жилищных условий; (4) развитие навыков семейных взаимоотношений; (5) развитие социальных навыков; (6) профессиональная реабилитация; (7) создание индивидуализированной программы оказания пациенту комплексной социально-психологической и психиатрической помощи.

В настоящее время считается, что методы психосоциальной реабилитации применяются только в качестве дополнения к другим формам лечения ПТСР, поскольку традиционно психосоциальная реабилитация не фокусировалась на работе с травмами. Однако, как уже отмечалось, разрабатываются руководства по решению этой проблемы и техники психосоциальной реабилитации адаптируются для работы с симптомами ПТСР. Если эффективность данных техник будет подтверждена эмпирическим путем, то психосоциальная реабилитация может применяться в качестве не только дополнительной, но и самостоятельной формы лечения ПТСР. Следует помнить, что эти техники непосредст-

венно касаются социальных интеракций в повседневной жизни человека, поэтому их применение может быть очень перспективным: навыки, полученные в клинике для совладания с ПТСР, человек может применять в различных реальных ситуациях, возникающих при адаптации к повседневной жизни дома, на работе и в обществе.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Техники психосоциальной реабилитации эффективны; однако ни одна из семи групп моделей психосоциальной реабилитации, перечисленных выше, не проходила проверку по высшим категориям уровней эмпирической обоснованности — уровню А или В согласно классификации Агентства по политике здравоохранения и исследованиям (АНСРР).

Также не проводилось специальных рандомизированных, контролируемых клинических испытаний или сравнений с помощью плацебо-эффекта с больными с ПТСР, в лечении которых использовались данные техники. Однако все методы психосоциальной реабилитации соответствуют критериям уровня С, что доказывает их эффективность при лечении ПТСР.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Курс лечения варьирует и может продолжаться до тех пор, пока не будут полностью решены проблемы, вызвавшие обращение к определенным методам психосоциальной реабилитации. Например, если человек, страдающий ПТСР, называет проблемой бездомность и ставит своей целью получить жилье, то меры по обеспечению благоприятными жилищными условиями должны применяться до тех пор, пока эта проблема не будет решена. Перечень методов составлен с учетом случаев, когда клиенты идентифицировали определенные проблемы, для которых техники психосоциальной реабилитации могут быть введены, отменены и применены повторно. Когда начинать применение таких техник, решает клиент и это индивидуально планируется в соответствии со стадией реабилитации, рамки которой могут изменяться (см. анализ по-стадийного восстановления: Wang et al, 1996).

РЕКОМЕНДАЦИИ

Техники психосоциальной реабилитации рекомендуются, когда у клиента обнаруживаются следующие виды проблем, связанных с диагнозом ПТСР:

устойчивое поведение высокого риска (например, злоупотребление химическими веществами); недостаточные навыки заботы о себе и недостаточная независимость от других в повседневной жизни; бездомность; проблемы во взаимоотношениях в семье (когда члены семьи не понимают сущности ПТСР); социальная инертность; отсутствие работы; барьер, испытываемый человеком по отношению к различным формам услуг реабилитации и лечения. Техники психосоциальной реабилитации, разработанные для решения таких проблем, должны применяться одновременно или непосредственно вскоре после курса лечения ПТСР. Клиенты и клиницисты должны сначала определить, связаны ли эти проблемы с основными симптомами ПТСР, и если да, то удостовериться в том, что техники реабилитации используются как одно из средств для облегчения симптомов. Распространение навыков совладания с ПТСР на новые ситуации домашней жизни — фундаментальная цель техник психосоциальной реабилитации при условии, что такие интервенции проводятся в интересах клиента и сфокусированы на его проблемах.

Большая часть литературы по реабилитации фокусируется на людях с тяжелыми психическими расстройствами, такими, как шизофрения. В отношении больных ПТСР основная рекомендация для принятия решения о применении методов психосоциальной реабилитации состоит, во-первых, в определении, идентифицировал ли клиент наличие специфической проблемы, и если это так, то клиент и клиницист адаптируют соответствующие методы реабилитации в соответствии с постоянно изменяющейся стадией восстановления клиента (Wang et al., 1996).

Техники психосоциальной реабилитации рекомендуются, когда человек может идентифицировать свои проблемы, установить личностные цели, направленные, например, на изменение поведения с высокой степенью риска (злоупотребление химическими веществами); на улучшение ухода за собой и развитие навыков независимой жизни; на решение жилищных проблем; поиск работы; на улучшение социальных навыков и отношений с семьей и друзьями. Техники психосоциальной реабилитации противопоказаны, когда клиент и клиницист заключают, что такие проблемы уже решены.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что техники психосоциальной реабилитации очень перспективны для повышения качества лечения ПТСР, их эффективность должна быть эмпирически подтверждена. Это относится как к методикам, специально адаптированным для лечения психологической травмы, так и вообще ко всем техникам психосоциальной реабилитации. Клиенты и клиницисты совместно

олжны адаптировать методы психосоциальной реабилитации для решения психических проблем и систематически проводить сравнения их эффективности для лечения ПТСР.

ЛИТЕРАТУРА

Frangou S., Wilson J. P., Mason J. W. (1996). Stages of decompensation in combat-related PTSD. Integrative Physiological and Behavioral Science, 31, 237-253.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Anthony W. A., Spaniol L. (1994). Readings in psychiatric rehabilitation. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Cook J. A. (1998). The Employment Intervention Demonstration Program (EIDP). Chicago: EIDP Coordinating Center, University of Illinois at Chicago.

International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. (1994). (Ed.). An introduction to psychiatric rehabilitation. Columbia, MD: Author.

Lieberman R. P., Wallace C.J., Blackwell G. A., Eckman T. A., Vaccaro T. V., Kuehnel T. G. (1993). Innovations in skills training: The UCLA social and independent living skills modules. Innovations and Research, 2,43-59.

Гипноз

Этзел Кардена, Хосе Мальдонадо, Отто ван дер Харт, Дэвид Шпигель

ОПИСАНИЕ

Гипноз — процедура, которая обычно осуществляется посредством индукции: человеку делаются внушения для изменений в поведении и психических процессах — в ощущениях, восприятии, мыслях и эмоциях. Процедура индукции обычно включает инструкции по игнорированию посторонних помех и сосредоточению внимания на переживаниях и поведении, внушаемых терапевтом; такое состояние может возникать и спонтанно. Хотя в большинстве случаев содержание индукции выражается в инструкциях для релаксации, в некоторых случаях, напротив, делается акцент на состоянии психической бдительности и физической активности. Гипноз может приводить к сужению фокуса внимания, повышенной внушаемости и изменениям в сознании (например, в восприятии времени, в образе тела). Уровень чувствительности к гипнотическим внушениям неодинаков у разных людей; в целом считается, что техники гипноза особенно полезны для индивидуумов, имеющих по крайней мере умеренные уровни гипнабельности. Гипноз является не терапией, а дополнением к психодинамической, когнитивно-бихевиоральной или другим видам терапии; он показан для значительного повышения их эффективности при различных клинических состояниях (Kirsch et al-> 1998; Spiegel, Spiegel, 1987). Использование гипноза в клинической практике

ребует соответствующего профессионального обучения и сертификации, специалисты в области здравоохранения могут использовать техники гипноза только в пределах своей сферы профессиональной компетенции.

ОБЩИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ

В литературе описано только одно рандомизированное контролируемое клиническое исследование применения гипноза к пациентам с различными типами посттравматической симптоматики (Brom et al., 1989). Это исследование показало, что гипноз значительно уменьшает симптомы вторжения и избегания. Однако значительная часть литературных источников, обосновывающих эффективность применения гипноза для посттравматических состояний, базируется главным образом на анализе отдельных случаев, причем некоторые из них описаны в XIX в. (АНСРР, уровень С).

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Техники гипноза могут быть легко интегрированы в различные подходы к лечению синдромов травматического стресса. В модели лечения, состоящей из трех стадий, техники гипноза могут применяться следующим образом.

1. На начальной стадии гипноз может использоваться для стабилизации состояния пациента посредством техник релаксации и обучения навыкам расслабления, самостоятельному возвращению в спокойное состояние вне терапевтической ситуации. Определенные внушения могут также использоваться для усиления Эго и создания ощущения безопасности, для сдерживания травматических воспоминаний и редукции или по крайней мере для улучшения контроля за некоторыми симптомами, например, тревожностью и кошмарами. Наконец, общепринято, что гипноз интенсифицирует отношения клиента и терапевта, что может использоваться в терапевтических целях.

2. На второй стадии, во время работы с травматическими воспоминаниями и их проработкой, техники гипноза могут применяться для ускорения этого процесса и повышения контроля человека над исследованием, интеграцией и переработкой травмирующих воспоминаний. В этом контексте пациент может научиться регулировать эмоциональную и когнитивную дистанцию от травматического материала и лучше интегрировать травмирующие воспоминания. Особенно эффективными на данной стадии могут быть проективные методы и методы реструктурирования, например, техника так называемого воображаемого «разделения экрана» для представления различных аспектов пережитого травматического опыта.

3. Наконец, цели третьей стадии включают достижение более адаптивной интеграции травмирующего опыта в жизнь пациента, поддержание более адаптивных реакций совладания и содействие личностному развитию. Техники гипноза могут быть полезны при обеспечении стратегий целенаправленного сосредоточения внимания и смещения его фокуса по мере необходимости-они могут также быть полезны, например, для самоинтеграции через проигрывание в фантазии более адаптивного образа себя, новых действий и т.д.

На всех этих трех основных стадиях работы с пациентами, страдающими ПТСР, гипноз может быть полезен при решении следующих восьми важных задач: (1) конфронтация с травматическим материалом; (2) осознание эмоций или поступков, которых человек стыдится; (3) облегчение сознательного переживания тех аспектов травмы, которые могли быть диссоциированы; (4) осознание поступков или эмоций, вызывающих стыд и болезненные ощущения; (5) обеспечение соответствующего утешения и сочувствия болезненным переживаниям; (6) включение различных аспектов травмы в более репрезентативные и управляемые образы; (7) улучшение концентрации внимания и контроля над своими чувствами вместо ощущения себя жертвой непрошенных и тягостных переживаний и (8) облегчение адаптивной конгруэнтности в различных областях личностной и социальной жизни пациента. В тех случаях, когда травматическое событие произошло недавно и у человека нет хронической патологии, существуют подтверждения того, что техники гипноза могут способствовать восстановлению всего за несколько сессий. Для хронических и более сложных клинических картин обычно требуется более длительное лечение.

РЕКОМЕНДАЦИИ Показания

Имеется множество показаний для использования гипноза при лечении ПТСР:

1. Техники гипноза могут быть особенно полезны и успешно используются при работе с симптомами, часто сопутствующими ПТСР, например, диссоциацией и ночными кошмарами (АНСРР, уровень С).
2. Введение техник гипноза в процесс лечения может быть полезно для пациентов с ПТСР, демонстрирующих по крайней мере умеренные уровни гипнабельности (АНСРР, уровень D).
3. Техники гипноза могут быть легко интегрированы в различные терапевтические подходы, включая психодинамическую, когнитивно-бихе-

виоральную терапию и фармакотерапию. Хотя клинические наблюдения свидетельствуют о ценности такой интеграции для ПТСР, необходимы показатели, непосредственно оценивающие, повышается ли эффективность лечения при дополнении его гипнозом.

4. Поскольку конфронтация с травмирующими воспоминаниями может быть очень трудной для некоторых пациентов с ПТСР, техники гипноза, применяемые во время всего терапевтического процесса, могут дать возможность регулировать эмоциональную и когнитивную дистанцию от таких воспоминаний (АНСРР, уровень D).

5. Техники гипноза могут быть полезны для пациентов с ПТСР, которые, возможно, имели диссоциативные состояния во время травмирующего события. Подобное состояние, вызванное во время гипноза, способно содействовать более полному восстановлению в памяти происшедших событий, особенно если не существует больше никаких действенных ключей доступа к ним (АНСРР, уровень F).

Противопоказания

1. В редких случаях техники гипноза могут не быть полезными; в основном это относится к лицам, невосприимчивым или минимально реагирующим на гипнотические внушения. Имеются некоторые доказательства того, что уровень гипнабельности человека связан с результатами лечения.

2. Некоторые пациенты с ПТСР могут сопротивляться использованию гипноза из-за ошибочных предубеждений или других причин. Если сопротивление пациента не удалось преодолеть после попытки терапевта рассеять эти ошибочные предположения, можно применить другие суггестивные техники, которые не обозначаются понятием «гипноз», или процедуры погружения, как, например, эмоциональная терапия саморегуляции (ESRT) (АНСРР, уровень F).

3. Для пациентов с низким кровяным давлением или склонностью быстро впасть в глубокий сон могут быть применены гипнотические процедуры, в которых акцент ставится скорее на бдительности и активности, чем на расслаблении (АНСРР, уровень F).

Потенциальные осложнения использования гипноза при ПТСР связаны с чрезвычайной конфиденциальностью воспоминаний, полученных во время гипноза, и возможностью возникновения псевдовоспоминаний, или «ложных воспоминаний», особенно у высоко внушаемых индивидуумов, когда им предлагается неверная информация. Множество исследований показало, что гипноз способствует лучшему воспроизведению как достоверного, так и вымышленного материала, предложенного под гипнозом, без изменений, с полной точностью. Предоставление точной информации о природе гипноза и памяти,

а также предупреждение пациентов о том, что воспоминания, полученные при помощи гипноза или других техник, иногда неточны, может уменьшить беспокойство пациентов. Клиницисты должны быть особенно осторожны с пациентами, которые хотят применить гипнотические техники для доступа к «несохраненным в памяти» эпизодам происшедших ранее ситуаций насилия или сексуального злоупотребления.

Следует также учитывать правовые аспекты применения гипноза для доступа к воспоминаниям о травматических событиях, например, в случае свидетелей преступления. Способность жертв свидетельствовать в суде может быть оспорена, если показания были получены под гипнозом. В таких ситуациях лучше предварительно обсудить эти проблемы с адвокатами и полицейскими властями, занимающимися данным случаем, и сделать электронную запись всех контактов с пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

Brom D., Kleber R.J., Defares P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.

Kirsch I., Capafons A., Cardena E., Amigo S. (Eds.). (1998). *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.

Spiegel H., Spiegel D. (1987). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Brown D. P., Fromm E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hammond D.E., Garver R.B., Crasilneck H.B., Frischholz E., Gravitz M.A., Hibler N.S., Olson J., Scheflin A., Spiegel H., Wester W. (1995). *Clinical hypnosis and memory: Guidelines for clinicians and for forensic hypnosis*. Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.

ОПИСАНИЕ

Супружеская и семейная терапия рекомендована для лечения взрослых людей, переживших травмы. Как правило, этот вид терапии используется в дополнение к другим формам лечения, непосредственно направленным на симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Супружеская и семейная терапия для переживших травму имеет две основные разновидности: системный подход, направленный на коррекцию нарушений в семье или супружеской паре, и поддерживающий подход по оказанию помощи членам семьи в поддержке индивида, проходящего лечение ПТСР. Системный подход к лечению и его техники в большей мере освещены в литературе, чем поддерживающий подход.

ОСНОВНЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА В ПОЛЬЗУ ПРИМЕНЕНИЯ

В литературе было обнаружено всего два эмпирических исследования данного вида терапии (имеются в виду рандомизированные контролируемые исследования). В целом информация об эффективности супружеской и семейной терапии для переживших травму включает клинические описания, основанные на опыте отдельного специалиста или клиники. Немногие из этих описаний

содержат системную оценку подхода (например, стандартизированные диагностические методики), а исследований, которые проведены повторно в других клиниках, попросту не существует.

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Супружеская и семейная терапия переживших травму индивидов, как правило, рассматривается как проблемно-фокусированная ограниченная во времени интервенция. Курсы лечения различаются в зависимости от формата и базовых философских оснований применяемого подхода. Целью применения этих подходов, как правило, является улучшение коммуникации в семье или паре, а также поддержка индивида, страдающего посттравматическими симптомами.

РЕКОМЕНДАЦИИ

В настоящее время рекомендуется применять супружескую или семейную терапию в качестве дополнения к основной терапии, направленной непосредственно на снижение симптомов ПТСР, и не рекомендуется применять эти подходы как основной вид лечения. Однако, поскольку нарушения в семье или супружеской паре у переживших травму индивидов часто выступают на первый план, рекомендуется проводить супружескую или семейную терапию одновременно с основным лечением ПТСР или сразу после него. И наконец, при проведении супружеской или семейной терапии рекомендуется считать ее основной целью улучшение семейной коммуникации и снижение конфликтов между членами семьи. Однако это может повлечь за собой вскрытие проблем, связанных с травмой и ее последствиями.

Показания

Степень обоснованности

Супружеский или семейный дистресс	Отсутствие	E	E
нарушений в семье до травмы	Травмированный индивид	E	
проходит индивидуальную терапию	Травмированный	E	E
клиент согласен на включение в терапию	других	D	
Супружеская/семейная терапия	способствует	E	
индивидуальным улучшениям			

Противопоказания

Семейное насилие

Отсутствие обязательств в семье/супружеской паре

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Hg/ez/ C. /?. (1989). Helping traumatized families. San Francisco: Jossey-Bass.

Johnson S. M., Williams-Keeler L. (1998). Creating healing relationships for couples dealing with trauma: The use of emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 25-40.

ОПИСАНИЕ

Арт-терапия — целенаправленное использование подготовленным терапевтом элементов художественного творчества, музыки, танца/движения, драмы и поэзии в психотерапии, консультировании, дополнительном образовании или реабилитации.

Практикующие специалисты в этой области подчеркивают особую роль невербальной формы интервенций, использования ключевых кинестетических раздражителей с целью получить доступ к воспоминаниям или образам, а также позитивную роль занятий творчеством и спонтанности самовыражения в снижении интенсивности чувства безнадежности и в повышении самооценки. Во-первых, символические средства самовыражения, которые актуализируются посредством творческой деятельности, могут обеспечивать более полный доступ к имплицитным, скрытым (в противоположность эксплицитным, явным) системам памяти, а также визуально-кинестетическим схемам, которые обычно обрабатываются недоминантным полушарием мозга. Предполагается, что травматический опыт и связанные с ним искаженные схемы могут сохраняться в этих нелексических формах. Обеспечивая доступ к травматическим схемам, арт-терапия может усиливать воздействие других терапевтических процессов, таких, как десенсибилизация, когнитивный рефрейминг и обучение (привитие навыков).

Во-вторых, использование творческих и социально значимых художественных методов может иметь терапевтический эффект и в психосоциальной сфере. Арт-терапия может повысить у клиентов с ПТСР чувство собственного

достоинства, надежду, просоциальное поведение, уменьшить чувство стыда и вины путем связывания травмирующего материала с адаптивными и эстетическими способами выражения. В арт-терапии задействованы уникальные невербальные и творческие компоненты и более общие терапевтические процессы, которые считаются общепризнанными методами лечения травмы (релаксация, погружение, десенсибилизация, когнитивные интервенции, нарративные техники и отвлечение).

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ЭФФЕКТИВНОСТИ

Большинство эмпирических работ по определению эффективности арт-терапии было проведено в области терапии художественным творчеством. Нередко детские рисунки содержат изображения таких деталей: гениталии, отсутствие рук, отсутствие пальцев или голова без тела. Дальнейшие исследования в этой области должны прояснить эти явления.

Нами было обнаружено несколько эмпирических исследований эффективности арт-терапии при лечении последствий травмы. Большинство из них основываются на клинических наблюдениях и анализе отдельных случаев. В исследованиях сообщается о существенном сокращении симптомов ПТСР и других функциональных показателей. Арт-терапия считается полезной для снижения алекситимии, тревожности, диссоциации, депрессии, уменьшения ночных кошмаров, повышения эмоционального контроля, улучшения межличностных отношений, улучшения представлений о своем теле.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Часто выделяют три группы лиц, для которых арт-терапия может быть наиболее полезной: (1) дети, которым часто бывает сложно сосредоточить внимание на абстрактном вербальном обсуждении своих личностных переживаний; вовлечение их в игру — часто единственный и лучший способ доступа к этим переживаниям; (2) травмированные клиенты, испытывающие трудности в вербальном выражении своих чувств; использование невербальных способов выражения позволяет клиентам получить более полный доступ к травматическим воспоминаниям, а затем проработать их более детально; (3) высокоинтеллектуально развитые клиенты, использующие язык абстракций при обсуждении травматического материала; арт-терапевтические методы могут им помочь обойти защитные механизмы избегания. Несмотря на относительно широкое применение арт-терапии, эффективность ее методов не была установлена посредством эмпирических исследований. Тем не менее она

может стать эффективным дополнением лечения при следующих условиях-(1) арт-терапия проводится подготовленным, практикующим в этом направлении специалистом; (2) терапия проводится с разрешения клиента; и (3) терапия проводится в сочетании с другими видами лечения. Источник терапевтической эффективности арт-терапии при лечении ПТСР не был определен и, вероятно может заключаться в сочетании общих психологических процессов (таких как вскрывающая терапия, релаксация и когнитивная переработка) и специфических невербальных и творческих элементов.

В настоящее время нет достаточных свидетельств влияния арт-терапии на ПТСР, коморбидные расстройства или связанные с ними разрушающие симптомы. Нет и доказательств рентабельности этих методов.

1. Признание, обоснование и развитие арт-терапии при лечении психологической травмы обусловлено усложнением эмпирических запросов, ее эффективность проверяется с помощью исследований с применением контрольных групп и рандомизированного распределения.

2. Специально разработанные для лечения ПТСР методы арт-терапии могли бы усилить эффект терапевтического воздействия по сравнению с применением неспецифических подходов. Рекомендуется разработка таких видов лечения.

3. Необходимо уделить внимание возможным противопоказаниям (которые могут быть обусловлены некоторыми личностными особенностями клиентов, специфическими симптомами либо стадией лечения).

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Cohen B., Cox C. (1995). *Telling without talking: Art as a window into the world of multiple personality.* New York: Norton. *Dayton T.* (1997). *Heartwounds: The impact of unresolved trauma and grief on relationships.*

Deerfield Beach, FL: Health Communication. *Feldman S., Johnson D., Ollayos M.* (1994). *The use of writing in the treatment of PTSD.*

In J. Sommer, M. Williams (Eds.), *The handbook of post-traumatic therapy* (pp. 366-385). Westport, CT: Greenwood Press. *Johnson D.* (1987). *The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment*

of psychological trauma. Arts in Psychotherapy, 14, 7-14. Kaufman B., Wohla. (1992). *Casualties of childhood: A developmental perspective on sexual*

abuse using projective drawings. New York: Brunner/Mazel. *Malchiodi C* (1990). *Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes.*

New York: Brunner/Mazel.

Заключение и выводы

Арье У. Шалев, Эдна Б. Фoa, Теренс М. Кин

В этой книге мы сделали попытку представить результаты критического обзора существующих подходов к лечению посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Каждую главу мы посвятили рассмотрению отдельного подхода, оставив в стороне важный с точки зрения клинической практики вопрос о том, каким образом нужно подбирать подходящий для конкретного пациента метод или совокупность методов лечения. В руководствах по применению тех или иных методов лечения затрагиваются вопросы их эмпирического обоснования, однако эмпирические данные по сочетанию разных подходов при лечении ПТСР крайне скудны и носят по большей части описательный характер. Также очень мало выполнено исследований по систематическому сравнению разных модальностей лечения (см., напр.: Brom et al., 1989; Foa et al., 1991).

Несмотря на нехватку эмпирических исследований, пациентам с ПТСР часто назначают сочетание разных форм терапии (например, психофармакотерапию и одну из разновидностей психотерапии). Поскольку для ПТСР (в отличие от некоторых других психических расстройств) пока не найден такой метод лечения, который давал бы гарантированный положительный эффект, вопрос о пользе сочетания, иерархии и интеграции различных способов лечения весьма значим.

ПТСР, можно сказать, является относительно «новым» расстройством, поэтому получение знаний об эффективности сочетания и интеграции разных подходов к его лечению является, скорее всего, вопросом времени. Однако следует отметить, что и в отношении других, более известных

расстройств (например, депрессии, обсессивно-компульсивных и панических расстройств) выполнено очень мало работ, исследующих комбинированные методы лечения. Причина такого положения вещей заключается не только в своеобразии теоретических или коммерческих интересов но и в том, что исследования комбинированной терапии, проводимые с соблюдением всех требований, предъявляемых к экспериментальным работам, являются сложными, дорогостоящими и требующими очень большого числа испытуемых.

Кроме того, такие исследования не всегда позволяют сделать какие бы то ни было однозначные выводы. В качестве иллюстрации можно привести результаты комплексного исследования по лечению депрессии, выполненного Национальным институтом психического здоровья (NIMH) (Imber et al., 1990). В ходе исследования проводилось сопоставление двух форм психотерапии — когнитивной и интерперсональной — с фармакологической терапией, а также с эффектом, полученным от применения плацебо. Было показано, что значимость фактора индивидуальных характеристик пациентов и особенностей их расстройства для эффективности лечения сопоставима со значимостью фактора избранного метода лечения (Elkin et al., 1989). Еще одной исследовательской проблемой является множественность способов сочетания определенных видов лечения, что означает практически бесконечное количество комбинаций, которые необходимо подвергнуть эмпирической проверке. Например, при сопоставлении эффекта сочетания когнитивно-бихевиоральной психотерапии и психофармакотерапии, с одной стороны, и применения только когнитивно-бихевиоральной психотерапии — с другой, при лечении обсессивно-ком-пульсивного расстройства не было обнаружено преимуществ первого метода, в основном благодаря тому, что психофармакотерапия и психотерапия применялись параллельно, а не последовательно (Kozak et al., 2000). Как показывает данный пример, сочетание различных техник в ходе лечения требует от клинициста определенного мастерства.

Однако на практике реализация такого «мастерства» имеет множество ограничений. Очевидно, что далеко не все клиницисты компетентны в нескольких видах лечения: психологи не могут назначать лекарственные средства, а психиатры не обязаны иметь глубокие знания по когнитивно-бихевиоральной терапии. Помимо этого, не все пациенты хотят или имеют возможность проходить лечение, сочетающее несколько видов терапии. Важно отметить, что каждый случай ПТСР, как, впрочем, и любого другого психического расстройства, своеобразен и уникален, требует гибкого подхода и внесения определенных корректив в процедуру лечения. Смысл вышесказанного самым точным образом можно выразить такой фразой: «Наука строится на обобщениях, в то время как жизнь — это всегда что-то конкрет-

ное». Поэтому, когда в различных главах этой книги мы обсуждали те или иные методы лечения, мы говорили не о каком-то отвлеченном заболевании, называемом ПТСР, не о ПТСР вообще, а об определенных больных или группах больных, столкнувшихся с определенными жизненными обстоятельствами, имеющих собственную историю болезни и т.д.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ В ЭТОЙ ГЛАВЕ

- Как выбирать метод лечения?
- Чего ожидать от лечения и как поставить реалистичные цели?
- Каким образом можно сочетать различные терапевтические техники?
- Каким образом учитывать клиническую картину болезни и комор-бидные заболевания?
- Сколько времени должно продолжаться лечение? В каких случаях проводить дополнительные сессии? Когда необходимо последующее наблюдение?
- Существуют ли такие черты ПТСР, которые требуют специального внимания вне зависимости от выбранной процедуры лечения?

В этой заключительной главе мы приводим обзор, который позволит составить общее представление о содержании предыдущих глав. Здесь же мы обобщим сведения, которые могли бы помочь клиницистам в оптимизации лечения конкретного пациента, страдающего ПТСР. Затем мы остановимся на перечисленных выше вопросах. Однако начнем мы с обобщения предшествующего материала, а также с ответа на те вопросы, которые остались открытыми.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Главный вывод, который следует из всей книги, касается необходимости более интенсивной исследовательской работы в данной области. Как следует из большинства глав настоящего руководства, данные эмпирических исследований, которыми мы располагаем к настоящему времени, не позволяют прийти к однозначному заключению об эффективности того или иного метода лечения. Поэтому практические советы, представленные в настоящей книге, основаны на опыте клинической работы, мнении экспертов и часто носят рекомендательный характер. Между тем недостаток данных,

подтверждающих эффективность того или иного метода, не следует интерпретировать в негативном ключе (т.е. как свидетельство неэффективности данного метода), поэтому специалисты, читающие эту книгу, не должны думать, что их пациентам могут помочь только те методы, которые подверглись всестороннему тщательному исследованию. Конечно же, дефицит информации, характеризующей метод, ограничивает наши возможности по его применению. Однако нужно иметь в виду, что недостаточная исследованность метода означает только то, что мы мало о нем знаем, а не то что он неэффективен.

Второй важный момент состоит в том, что большинство применяющихся для лечения ПТСР и описанных в этой книге методов не разрабатывались специально для лечения ПТСР, а базируются на теориях, принципах и данных, приложимых в равной степени ко всем психическим заболеваниям. При необходимости выбора соответствующего способа лечения из числа нескольких возможных клиницисты должны опираться в первую очередь на имеющиеся у них диагностические, а также терапевтические знания и навыки. *Лечение ПТСР, таким образом, может осуществляться исключительно квалифицированными клиницистами.*

Наконец, как отмечалось во введении, лечение должно предваряться детальным обследованием и постановкой диагноза. Применительно к ПТСР это означает следующее:

- 1) проведение диагностики ПТСР и коморбидных расстройств;
- 2) определение наиболее волнующих пациента проблем, которые могут быть (а могут и не быть) симптомами ПТСР (например, развод, насилие, депрессия);
- 3) оценка ситуации пациента: ресурсов (например, отсутствие жилищных проблем, неурядиц в семье и на работе) и негативных аспектов (бедность, различные виды злоупотребления/зависимости и пр.);
- 4) оценка мотивации пациента и имеющихся у него возможностей для прохождения курса лечения с помощью определенного вида терапии, в том числе для соблюдения специфических требований (например, в когнитивно-бихевиоральной терапии — необходимость работать над домашними заданиями; при лекарственной терапии — необходимость придерживаться режима приема лекарств). Вообще добросовестное выполнение установленных предписаний пациентами — это первая и во многом решающая ступень на пути к выздоровлению.

ОБЗОР ГЛАВ

Интервенции в острых посттравматических состояниях и дебрифинг

Разнообразные виды ранних интервенций применяются при работе с пациентами, перенесшими в недавнем прошлом опыт травматизации. В данной главе затрагивается только один вид лечения — это психологический дебрифинг (ПД). Имеющиеся эмпирические данные свидетельствуют в пользу того, что дебрифинг не позволяет уменьшить риск возникновения или тяжесть посттравматической симптоматики, которая регистрируется по прошествии от нескольких месяцев до года с момента травматизации. Однако это не означает, что оказание лечебной помощи непосредственно после психотравмирующего события бесполезно. Исследования показали эффективность оказания срочной лечебной помощи следующим группам пострадавших: военнослужащим со стрессовыми реакциями, связанными с участием в боевых действиях, в прифронтовых условиях (Solomon, Benbenishty, 1986); пострадавшим от дорожно-транспортных происшествий (Bryant et al., 1998); а также женщинам, подвергшимся нападению. Некоторые способы раннего вмешательства могут оказаться полезными, тогда как другие не приносят ожидаемого результата.

Важно отметить, что ПД зачастую применяется при работе с группами лиц, перенесших травму, но которым не поставлен формальный диагноз ПТСР, а также порой в неоднородных группах, состоящих из пациентов с разным уровнем дистресса. Следовательно, остается открытым вопрос, следует ли применять превентивные методы лечения для всех лиц, подвергшихся травматизации, или же только для тех, у кого распознаны симптомы (или нарушение функционирования). Другие вопросы, на которые до сих пор не получено ответа, состоят в следующем: (1) Может ли единичная и краткая «неотложная» интервенция оказаться настолько эффективной, что сведет на нет действие всех причинных факторов возникновения ПТСР? (2) Каково оптимальное время проведения превентивного вмешательства? (3) Должно ли быть это вмешательство по своей сути клиническим или оно должно быть направлено на ситуационные и социальные стрессоры, начинающие действовать, вскоре после травмы (например, переструктурирование воспоминаний, неуверенность, боль, отвергающие установки по отношению к другим)?

Выводы о неэффективности ПД как интервенции при остром посттравматическом состоянии, видимо, являются преждевременными, так как в настоящий момент проведено мало исследований этого метода в контролируемых условиях и осталось большое число нерешенных вопросов. Даже если последующие исследования подтвердят эти гипотезы и покажут, что ПД

действительно не дает позитивных сдвигов ни в отношении риска возникновения, ни в отношении степени тяжести ПТСР, все же следует быть осторожным в выводах относительно практической пользы данного метода. Как было показано в ряде исследований, подавляющее большинство людей, прошедших курс ПД, отмечали, что данная интервенция помогла им восстановиться после посттравматического дистресса. Поскольку у большинства людей, перенесших психическую травму, ПТСР впоследствии не развивается, одна из гипотез состоит в том, что ПД действительно является очень полезным для перенесших травму лиц, но лишь в тех случаях, когда отсутствует высокий риск развития ПТСР. Таким образом, насколько эффективен ПД, в каких случаях он может применяться, каких результатов лечения при этом можно ожидать и предотвращает ли он возможность развития ПТСР в будущем — все эти вопросы являются предметом дискуссий.

Когнитивно-бихевиоральная терапия

Разнообразные формы бихевиоральной, когнитивной и когнитивно-бихевиоральной техник (КБТ) являются наиболее изученными интервенциями при лечении ПТСР. Розенбаум и его коллеги (см. главы 4 и 16) пришли к выводу о высокой эффективности КБТ. Однако не всем пациентам лечение с помощью КБТ приносит пользу и, кроме того, до сих пор непонятно, от каких факторов зависит успех лечения. Во-первых, как и в случае любого другого лечения, терапевт должен свободно владеть различными техниками, объединенными общей рубрикой «когнитивно-бихевиоральная терапия», при этом некоторые интервенции (например, когнитивная терапия) предполагают овладение более сложными навыками, чем другие (например, релаксация). Во-вторых, лечение предъявляет свои требования как к терапевту, так и к пациенту. От последнего требуется дисциплина и концентрация внимания на соответствующих цели лечения интервенциях, умение не отвлекаться на второстепенные вопросы. В-третьих, пациент должен обладать мотивацией к лечению и быть в состоянии соблюдать соответствующие правила, в том числе выполнять обязательные задания как на сессиях, так и дома. Большинство исследований проводится в специальных клиниках, где работают высококвалифицированные специалисты, имеющие богатый опыт в создании у пациентов мотивации следовать регламенту лечения. Фоа и ее коллеги изучают успешность обучения навыкам вскрывающей и когнитивной терапии работников районных клиник, в которых проводится лечение женщин, пострадавших от насилия. Предварительные результаты обнадеживают: после двух недель интенсивного обучения консультанты этих клиник достигли результатов, сопоставимых с результатами работы экспертов. Следует, однако, отметить, что на протяжении всего исследования

консультанты из районных клиник регулярно проходили супервизию у экспертов в области КБТ. Важно отметить, что до того, как пациенту будет назначена КБТ (или любой другой вид терапии), необходимо внимательно оценить шансы возникновения суицидальных попыток. Если такой шанс реально существует, пациент должен предварительно пройти курс медикаментозного лечения (или быть направлен на краткосрочную госпитализацию). Аналогично, если у пациентов имеются серьезные личностные проблемы, то иногда следует уделить внимание именно этим проблемам, прежде чем приступать к работе с посттравматической симптоматикой. Это означает, что одним пациентам КБТ может быть назначена сразу, тогда как другим требуется составление общего плана лечения, в котором КБТ является только компонентом терапии.

Несмотря на то, что имеется несколько работ, в которых сопоставляется эффективность ряда специфических техник КБТ (например, когнитивной и вскрывающей терапии) и их комбинаций, исследования эффективности сочетания КБТ с другими видами лечения (например, фармакотерапией, супружеской терапией и пр.) не проводились. В большинстве исследований отслеживался относительно краткосрочный эффект терапии (до 1 года); наличие более длительного эффекта от применения КБТ для пациентов с ПТСР еще не доказано. Мы еще не знаем, нуждаются ли пациенты в дополнительных сессиях для того, чтобы закрепить достигнутый за время лечения результат на период, превышающий 1 год. Также неясно, каков относительный вклад каждого из компонентов, составляющих КБТ, в успешность процесса лечения. В этой связи мы не можем сказать, в какой мере в процессе работы с ПТСР следует сосредоточить свое внимание на воспоминаниях травматических событий (работа с образами, повторяющимися переживаниями), а в какой — на их последствиях (например, избегании и негативной самооценке). Наконец, как показали исследования на выборке мужчин-ветеранов боевых действий, вскрывающая терапия дает весьма небольшой эффект по сравнению с применением этого вида терапии в лечении женщин, ставших жертвами сексуального насилия. Является ли данное обстоятельство следствием половых различий, различий характера травмы (боевая — в первом случае, сексуальная — во втором) или же это связано со степенью тяжести ПТСР и коморбидных расстройств? Мы пока не располагаем ответами на эти вопросы, поскольку нам мало известно о факторах, определяющих успех лечения. Тем не менее такие знания необходимы для клинического сопровождения пациентов и реализации плана лечения.

Важно отметить, что, в соответствии с правилами проведения КБТ, терапевты постоянно отслеживают и оценивают изменения состояния пациента, происходящие в процессе лечения (например, при регулярной субъективной оценке пациентом уровня испытываемого им дистресса в ходе

вскрывающей терапии, при проверке домашних дневников в ходе когнитивной терапии). Наши знания, касающиеся разнообразных способов лечения только выиграют, если такая практика, принятая в КБТ, будет воспринята и специалистами, практикующими другие виды терапии.

Психофармакотерапия

В ходе исследований были выявлены препараты, главным образом антидепрессанты, способствующие значительному снижению выраженности посттравматической симптоматики. Относительно других классов лекарств, таких, как антиадренергетики, антиконвульсанты, новое поколение антипсихотиков, а также лекарств, нормализующих нейропептидные компоненты человеческих реакций на стресс, работы по проверке еще только планируются, поэтому вопрос их эффективности остается открытым. Методы психофармакотерапии ПТСР, как и большинства других тревожных расстройств, позволяют контролировать проявления отдельных симптомов, при этом однозначные данные о влиянии лекарственных средств на течение этого расстройства в целом отсутствуют. В этом смысле надежды на полное восстановление функционирования в результате применения методов психофармакотерапии, согласно недавним исследованиям, не оправдываются, хотя можно говорить о ремиссии. Однако психофармакотерапия может открыть путь для психотерапии или оказания социальной помощи, которые позволят пациенту улучшить свое функционирование (например, изменив поведение избегания). Также замечено, что препараты, традиционно рекомендуемые в качестве первоочередных способов лечения ПТСР, — ингибиторы селективного обратного захвата серотонина — имеют и другие сферы применения (депрессия, обсессивно-компульсивные расстройства, панические расстройства, нарушения питания и пр.). Поэтому перечисленные выше лекарственные средства скорее следует называть «нейромодуляторами», а не «антидепрессантами».

Среди вопросов, которые касаются лекарственного лечения ПТСР и остаются открытыми, можно выделить следующие. Как относиться к такому явлению, как резистентность к лечению? Будет ли метод наращивания дозы (по аналогии с тем, как это практикуется при резистентной депрессии) эффективен в случае ПТСР? Другой важный вопрос — это закрепление результата, достигнутого в процессе лечения на длительное время. Существует множество примеров того, что пациенты, страдающие ПТСР, продолжают принимать лекарственные препараты, которые были им прописаны много лет назад. Данное замечание в особенности справедливо в отношении снотворных средств и транквилизаторов. Должны проводиться исследования рецидивов, связанных с отменой психофармакотерапии при лечении пациентов с ПТСР; таковые успешно выполняются в отношении других психи-

атрических расстройств. Следующим важным клиническим фактом является использование разных лекарственных препаратов в психофармакотерапии ПТСР. Несмотря на широкое распространение этой практики, работы по изучению эффектов применения более чем одного лекарственного средства при лечении ПТСР отсутствуют. Несомненно, эта область представляет большой интерес для исследователей.

В отличие от многих других расстройств в случае ПТСР может быть четко указан момент начала заболевания, что открывает возможность для проведения превентивной психофармакотерапии. Превентивная психофармакотерапия является, однако, еще не изученной областью (наиболее часто делаются попытки лечить недавно переживших травму лиц с тем, чтобы редуцировать бессонницу или стабилизировать физиологическое состояние). Разрабатываются новые средства, включая модуляторы «стрессовых» систем мозга (например, кортикотропиновый релизинг-фактор, гипоталамо-гипофи-зарно-адренкортикальная система и норэпинефриновая система синего пятна). Клиницистам следует внимательно относиться к новым методам и открытиям в этой области.

Лечение детей и подростков

При лечении детей были использованы те же методы, которые были разработаны для лечения взрослых пациентов. Применение этих методов в работе с детьми нельзя назвать обоснованным в силу небольшого числа исследований, проведенных в этой области, а их эффективность не всегда была достаточно высокой. В соответствующей главе затрагивается ряд важных вопросов, касающихся детской травмы и способов ее лечения. Во-первых, предоставление адекватного лечения детям, перенесшим травму, требует диагностики расстройства, вызванного травмой, а также соответствующего поведения взрослых, способствующего своевременному оказанию помощи ребенку. Вместе с тем довольно часто психическая травма, которую получают дети, либо вызвана действиями взрослых, осуществляющих уход за ребенком, либо связана с ситуацией, когда окружающие неверно интерпретируют или даже не замечают страданий ребенка. Таким образом, очень много детей, перенесших психическую травму, не получают необходимой лечебной помощи. Во-вторых, многие исследования, посвященные изучению детской травмы, сосредоточены на последствиях единовременных экстраординарных психотравмирующих событий (например, ураганы, захват заложников в автобусе и т.д.), которые происходят довольно редко по сравнению с длящимися долгое время травмирующими психику ребенка ситуациями, связанными с домашним насилием, жестоким обращением, отвержением и пр. Часто дети подвергаются воздействию чрезвычайных травматических обстоятельств, которые остаются незамеченными

на протяжении нескольких лет. В главе 6 рассматривается лечение детей в случаях, когда травматическая ситуация завершилась до начала лечения (поскольку исследования в этой области по большей части проводились с детьми, находящимися именно в такой ситуации). Мы располагаем весьма скудными данными относительно эффективности лечения в тех случаях, когда ребенок подвергается действию продолжающейся травматизации. Наконец, весьма частыми следствиями детской травмы являются задержка развития, личностные изменения, более вероятная уязвимость в будущем, что клинически не менее значимо, чем собственно посттравматическая симптоматика. К сожалению, мы очень мало знаем о случаях возникновения, широте распространения, способах лечения и предупреждения подобных последствий.

Эффективность ДПДГ была показана в исследованиях со следующими контрольными группами: (а) пациенты из листа ожидания; б) пациенты, получавшие курс мышечной релаксации; в) пациенты, проходившие стандартное лечение в стационаре клиники Организации Охраны Здоровья. Однако, как отмечается в таблице 6.1 (см. главу 6), большинство имеющих на настоящий момент исследований страдает методологическими недостатками, что заметно ограничивает возможность интерпретации полученных данных. Особое внимание следует обратить на то, что во всех исследованиях, за исключением одного, отсутствует независимое слепое оценивание, а также то, что у многих пациентов, принявших участие в исследованиях, отсутствует диагноз ПТСР. Сравнение эффективности ДПДГ и КБТ проводилось только в одном исследовании, показавшем преимущество последнего метода (см. главу 4). Также в нескольких работах было выполнено сопоставление эффективности ДПДГ с эффективностью вскрывающей терапии (которая является наиболее хорошо изученным видом психосоциального лечения ПТСР), что в значительной степени позволило расширить наши знания по данному вопросу. Подобные исследования представляют особый теоретический и практический интерес, поскольку ДПДГ, как и большинство изучавшихся когнитивно-бихевиоральных программ, предполагает работу с травматическими воспоминаниями в той или иной форме. Определенный интерес представляет вопрос, в какой степени концентрация внимания на травматических воспоминаниях необходима для успешного лечения ПТСР, а также влияет ли длительность подобных интервенций (продолжительное или дискретное воздействие) на результативность лечения. Важно отметить, что некоторые из описанных в настоящем руководстве восьми стадий ДПДГ содержат компоненты, относящиеся к другим видам

терапии, например: изучение истории пациента, планирование лечебного процесса, установление терапевтических отношений, предоставление информации о ПТСР, психодиагностика, идентификация адаптивных и дезадаптивных представлений, работа с образами травматического воспоминания. В то же время, как отмечается в главе 7, результаты исследований, посвященных изучению роли специфического компонента ДПДГ — движений глаз или их аналога, — не дают оснований считать, что данный компонент является существенным для терапии. Дальнейшие исследования должны пролить свет на эту проблему.

Авторы приходят к выводу, что ДПДГ является эффективным способом лечения ПТСР. При этом пока остается неясным, обусловлена ли эффективность этого вида терапии тем, что ДПДГ представляет собой разновидность вскрывающей терапии (с некоторыми элементами когнитивной терапии) или же в основе этого метода лежат другие неизвестные механизмы.

Групповая терапия

Интересно, что эффект применения терапевтических техник, как это следует из исследований по эффективности групповой психотерапии, не зависит от того, адресуется данное воздействие непосредственно к опыту психической травмы или нет (в качестве примера техник второго типа можно привести тренинг уверенности в себе и поддерживающие интервенции). Исследования показали, что все типы интервенций, применяемые в формате групповой работы, дают значимый положительный эффект по сравнению с группами пациентов, не получающими лечения, и пациентами, включенными в лист ожидания. Более того, подобная степень выраженности эффекта была выявлена в отношении разных видов групповой терапии, несмотря на базовые различия в итоговых измерениях. Фой с соавт. отмечают: «Независимо от вида, применение групповой психотерапии приводит к улучшению состояния пациентов в отношении широкого спектра симптомов» (см. главу 8 в настоящем руководстве). Если это действительно так, то означает ли это, что групповая терапия задействует неспецифические факторы? Может быть, формат групповой терапии сам по себе задает уникальные рамки, в которых пациентам с ПТСР легче справиться с дистрессом, вызванным психической травмой, получить в групповых процессах социальную поддержку и активизировать ресурсы, которые необходимы для преодоления последствий расстройства?

Авторы главы 8 считают, что для ответа на поставленные здесь вопросы следует провести ряд исследований специфических групповых процессов в контролируемых условиях на более многочисленных выборках и с использованием процедур рандомизации при назначении различных видов терапии. Предполагается, что в результате этих исследований мы узнаем о вкладе

таких аспектов группового процесса, как вербализация, "обмен" переживаниями, предоставление и получение поддержки, организованная коммуникация, в тотальный позитивный эффект групповых методов психотерапии, обнаруженный в предыдущих исследованиях.

Психодинамическая терапия

В главе 9 приводится обстоятельный обзор теории и технических подходов, что дает читателю возможность оценить роль основных межличностных процессов и взаимодействия между терапевтом и пациентом при лечении ПТСР. Одно из неоспоримых достоинств психодинамического подхода состоит в акценте на общих составляющих терапевтического взаимодействия, в том числе и в терапии пациентов с ПТСР. С другой стороны, на настоящий момент проведено весьма ограниченное число эмпирических исследований эффективности психодинамической терапии при лечении ПТСР. Отчасти это связано с тем, что главными задачами психодинамически ориентированной терапии являются скорее улучшение способности пациента устанавливать и поддерживать отношения с другими людьми, восполнение картины его прошлого, а не снижение интенсивности симптомов конкретного психиатрического расстройства, например ПТСР (что является основной задачей при медикаментозном лечении или КБТ), для которых мы пока не располагаем адекватными способами оценки. Говоря о практическом аспекте использования психодинамического подхода для лечения ПТСР, авторы главы 9 не рассматривают случаи тех пациентов, для которых такие виды терапии могут оказаться наиболее полезными: пациентов, перенесших повторную травматизацию, лиц с тяжелыми травмами, хронических больных с длительной травмой межличностного характера, иногда также лиц с диагнозом «комплексное ПТСР». Наиболее характерные проблемы таких пациентов связаны не столько с симптомами ПТСР, как они описаны в DSM-IV, но с трудностями в межличностном взаимодействии, с недоверием к окружающим, с низкой самооценкой, диссоциацией, соматизацией, импульсивностью, саморазрушающим поведением, аффективной ригидностью. Таким образом, необходимо отметить тот факт, что эффективность психодинамической психотерапии для случаев «комплексного ПТСР» и тому подобных проблем просто не рассматривалась в настоящей книге. Все это представляет собой отдельную проблему, требующую дальнейшего изучения.

Лечение в стационаре

Лечение в стационаре представляет собой не столько особую форму лечения, сколько совокупность определенных условий и специально создаваемой обстановки, в которых могут быть реализованы различные виды терапии,

нацеленные на преодоление кризисной ситуации. Часто условия стационара являются необходимой «базой» при оказании врачебной помощи в случаях обострения течения ПТСР и других коморбидных расстройств. Обычно в стационарном лечении нуждаются пациенты с наиболее тяжелыми формами ПТСР, основной курс лечения которых не может быть начат без предварительной стабилизации их состояния. В период пребывания пациента в стационаре решаются вопросы лечения не только ПТСР, но и коморбидных состояний, а также проблемы отклоняющегося социального поведения, бездомности, социального статуса (Shalev, 1997). Таким образом помощь, оказываемая пациентам с ПТСР в условиях стационара не сводится к какому-то отдельному виду лечения, но служит решению особых задач в контексте текущего курса амбулаторной терапии. К числу этих задач относятся: кризисные интервенции, профилактика рецидивов, повторная диагностика. Кроме того, сюда может быть отнесен набор специальных процедур, предназначенных для запланированного или экстренного возобновления лечения по истечении срока пребывания в стационаре. В идеале стационарное лечение должно быть тщательным образом согласовано с амбулаторным терапевтическим процессом, а планирование дальнейшего хода лечения должно быть начато как можно скорее после роступления больного в стационар. В некоторых отчетах о проведении стационарного лечения можно найти данные о зафиксированном в его ходе улучшении по ряду показателей посттравматической симптоматики. Однако оценка состояния пациентов не проводилась систематически и для этих целей не использовались методики, обладающие удовлетворительными психометрическими свойствами. Мало известно и о целенаправленном планировании помещения пациента в стационар специально для лечения симптомов ПТСР или для проведения в этих условиях психо- или фармакотерапии. Мало известно и о способах создания преемственности стационарного и амбулаторного лечения, о факторах, играющих основную роль в сохранении эффекта стационарного лечения в течение длительного срока. Эти важные вопросы пока не получили серьезной и систематической проработки. Однако вместе с этим следует отметить, что лечение в стационаре Австралийского отделения центра по делам ветеранов Вьетнама дало позитивные результаты (Creamer et al., 1999).

Психосоциальная реабилитация енность психосоциальной реабилитации доказана для случаев работы с тяжелыми психически больными (ТПБ), особенно это касается методов трудотерапии и составления индивидуальных программ комплексной помощи пациентам. В самом деле, в текущих публикациях, содержащих эмпирический материал, подтверждается эффективность этих направлений, реализуемых

в рамках социальных программ для пациентов, страдающих от шизофрении и аффективных расстройств. Разработка и проверка эффективности программ психосоциальной реабилитации являются оправданными, так как, с одной стороны, ПТСР нередко выступает как коморбидное расстройство для таких пациентов (Mueser et al, 1997), а с другой — пациенты с хроническим и тяжелым ПТСР часто встречаются среди ТПБ и в приютах для бездомных (Friedman, Rosenheck, 1996). Программы реабилитации должны включать особые терапевтические компоненты, учитывающие, кроме особенностей других расстройств, и специфику ПТСР, а именно: избегание социального окружения, гипервозбуждение и другую психопатологию ПТСР. Существенным моментом здесь выступает то, что состояние пациентов, направленных на такое лечение, оценивается прежде всего по таким параметрам, как: способность заботиться о себе, самостоятельность, семейные отношения, социальная компетентность, наличие приносящей доход работы, а не по выраженности симптомов ПТСР. Мы надеемся, что эта особая сфера получит свое развитие, а реабилитационные техники, которые позволяют работать с нарушениями функционирования, свойственными именно для ПТСР, будут разрабатываться и изучаться.

Гипноз

Как отмечалось в главе 12, гипноз является одной из давно известных техник психотерапии, которые применялись к пациентам, страдавшим от последствий психической травмы. Неудивительно, что благодаря такой долгой истории применения гипноз рассматривается клиницистами при выборе метода лечения в первую очередь. И все же в нашем распоряжении слишком мало эмпирических данных, подтверждающих эффективность гипноза, несмотря на то, что авторы главы, излагая свои взгляды на различные способы интеграции гипнотических техник в общую стратегию лечения ПТСР, приводят замечательные результаты, которые достигаются при помощи этого метода. Авторы рекомендуют использовать гипноз как вспомогательную процедуру, а не самостоятельный метод лечения, хотя и это положение требует эмпирического обоснования.

Супружеская и семейная терапия

Брачная и семейная терапия ПТСР включает два подхода: поддерживающий и активный (или «системный»). Одна из проблем, связанных с оценкой эффективности семейной терапии в контексте ПТСР, состоит в том, что снижение интенсивности симптомов ПТСР не может выступать в качестве адекватного критерия для данного вида терапии. Конечно, улучшение семей-

ных отношений может повлечь и снижение уровня дистресса, связанного с ПТСР, однако такой результат нельзя считать специфическим для ПТСР, так как нечто подобное происходит и с пациентами, страдающими другими расстройствами, например шизофренией.

ПТСР отражается на семейных отношениях, поэтому очень важной является работа с викарной травматизацией членов семьи пациента. С другой стороны, семейная терапия, адресующаяся в первую очередь непосредственно к человеку, страдающему ПТСР, и не преследующая цели укрепления семейных отношений, скорее всего не будет учитывать потребности членов его семьи в достаточной степени. Сказанное выше означает, что в процессе супружеской и семейной терапии особенно важно достичь клинически значимого баланса между усилиями, направленными на преодоление дисфункционального поведения пациента и симптомов ПТСР, и дистресса других членов семьи, которые также нуждаются во внимании. Это очень важная область для дальнейшего изучения.

Арт-терапия

Как и в случаях с гипнозом, реабилитацией и брачно-семейной терапией, креативная терапия зачастую может оказываться эффективной в тех случаях, когда лечение зашло в тупик, который невозможно преодолеть с помощью других видов терапии. Авторы 14 главы приглашают читателя ознакомиться с техниками и специфическими целями арт-терапии, поскольку этот вид терапии может быть использован в работе с его пациентами. При помощи арт-терапии возможен прорыв в работе с пациентом с последующим ростом эффективности лечения ПТСР. Следует отметить, что проводимой с помощью творческого самовыражения терапии не чужды все типичные проблемы лечения ПТСР, к которым, например, относится необходимость найти баланс между работой с текущими проблемами пациента (например, алекситимия или др.) и с прошлым травматическим опытом или между выявлением и переработкой травматического материала и поиском нового, «ориентированного на будущее» способа выражения. Поскольку описанные в главе 14 техники способны захватить воображение психотерапевта, полезно помнить о том, что, как и для многих других приводимых в настоящем сборнике терапевтических подходов, отсутствует достаточная эмпирическая обоснованность применения такого рода терапии в отношении ПТСР и других связанных с психической травмой симптомов по критерию эффективности.

Теперь, когда мы кратко рассмотрели содержание каждой главы, остановились на важном моменте постановки в начале лечения адекватных и достижимых целей, описали аспекты терапии, которые противоречат

ее специальным видам, мы готовы приступить к рассмотрению ключевых вопросов, вынесенных в начало данной главы. Экспериментальных данных которые могли бы помочь нам в ответе на них, практически нет. Но практикующие терапевты не могут ждать, пока эта развивающаяся весьма медленными темпами область научных исследований придет им на помощь. Пациенты, страдающие посттравматическим расстройством, нуждаются в лечении уже сейчас. Поэтому необходимо достичь согласия относительно выбора метода лечения или комбинации методов, реалистичных ожиданий от лечения, длительности лечения и последующего наблюдения у специалиста. Необходимо отдавать себе отчет в том, что применение тех или иных видов терапии при лечении ПТСР имеет свою специфику, а также в том, что клиническая картина этого заболевания, сопряженного с коморбидными расстройствами, является многоплановой. Кроме того, следует иметь представление о том, как преодолевать трудности лечения и — самое главное — оценивать степень риска.

ВЫБОР ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Как было отмечено ранее, выбор лечения должен осуществляться с учетом потребностей пациента, его способностей и предпочтений. Прежде всего следует определить цели, а также попытаться оценить достижимость этих целей. Обычно для большинства пациентов задача устранения симптомов ПТСР входит в число главных целей лечения. Однако в некоторых случаях в первую очередь следует обратить внимание на симптомы и поведение, связанные с коморбидными расстройствами. Лечение, как правило, сосредоточено на проявлениях симптомов ПТСР. Однако для ряда больных приоритет должен быть отдан работе по предупреждению рецидивов и достижению стабилизации. Иногда первым шагом в лечении является помощь пациенту в осознании того, что его проблемы, вызванные ПТСР, должны решаться с помощью психотерапии или медикаментозного лечения (а не алкоголизации или различных видов отыгрывания). В иных случаях в первую очередь прорабатываются актуальные события, служащие причиной стресса, или неблагоприятные жизненные условия, которые провоцируют дальнейшее ухудшение состояния больного и не дают возможности начать лечение. Наконец, несмотря на то, что процесс лечения направлен главным образом на конкретного пациента, в него могут вовлекаться также другие индивиды: члены семьи, значимые люди, взаимоотношения с которыми так или иначе неблагоприятно воздействуют на проявление симптомов ПТСР.

Как следует выбирать вид лечения? В настоящее время не существует однозначного ответа на вопрос о том, каким образом должен подбираться вид

лечения. Тем не менее можно порекомендовать несколько критериев, на которые следует опираться, делая такой выбор.

В первую очередь необходимо исходить из представлений об ожидаемом эффекте лечения, так как в противном случае, если от лечения не ожидают никакого эффекта, возникает противоречие с самой сутью идеи «лечения». Именно поэтому в данной книге обсуждению эффективности было уделено особое внимание. Осуществив оценку эффективности, необходимо проверить меру действенности данного вида лечения в отношении сопутствующих расстройств и болезненных состояний. Следует также учитывать потенциальные трудности и возможные побочные эффекты лечения. Далее, нужно рассмотреть приемлемость выбранного метода для пациента, получить от него согласие, затем оценить стоимость, продолжительность и культурную адекватность лечения. Наконец, необходимо оценить и свои собственные возможности и навыки и, кроме того, юридические аспекты лечения.

Критерии выбора лечения для ПТСР

- Ожидаемая эффективность в отношении ПТСР
- Ассоциированные расстройства и состояния
- Трудности, побочные эффекты, отрицательные последствия
- Приемлемость и согласие пациента
- Соответствие культурным особенностям
- Продолжительность, стоимость и доступность ресурсов
- Легальность, административные и юридические аспекты

Эффективность в том смысле, как она здесь понимается, имеет отношение к предупреждению, улучшению, снятию посттравматических симптомов. В любом случае следует выбирать такой вид лечения, эффективность которого подтверждена эмпирическими исследованиями.

Ассоциированные расстройства и состояния рассматриваются как отдельные черты или проявления психопатологии, связанные с ПТСР, к которым относятся депрессия, суицидальные тенденции, агрессивное поведение, злоупотребление алкоголем. В некоторых случаях непосредственное лечение ПТСР должно предваряться стабилизацией неустойчивого состояния пациента с тем, чтобы предотвратить нежелательный ход событий (например, потерю работы) или недопустимое поведение (например, алкоголизацию). Так, при суицидальном поведении необходима госпитализация; при алкогольной зависимости — проведение процедур по детоксикации, при депрессии — назначение антидепрессантов, при проблемах в браке — супружеская терапия. По возможности нужно стремиться подобрать такой вид лечения, который может оказаться действенным в двух направлениях: и в отношении актуальных проблем пациента, и в отношении его посттравматической

симптоматики. Так, ингибиторы селективного обратного захвата серотонина могут оказаться эффективными применительно и к депрессии, и к симптомам ПТСР. Системная семейная терапия может применяться при лечении ПТСР в случае кризисной ситуации в семье пациента. Госпитализация показана при суицидальных симптомах, но, кроме того, может дать возможность начать лечение ПТСР. В тех случаях, когда пациент страдает ПТСР и коморбидным алкоголизмом, при этом алкоголизм является для него наиболее серьезной проблемой, групповое лечение этих расстройств является наилучшим выбором.

Побочные эффекты — это нежелательные последствия лечения, как общие для любого из его видов (например, потеря аппетита при приеме некоторых лекарственных лечения), так и специфичные для лечения ПТСР (например, усиление симптоматики при эксплоративной терапии). Трудности, побочные действия и негативные эффекты могут возникать также в результате взаимодействия терапевтов с пациентами. Нужно помнить, что ПТСР связано с нарастанием физиологической и психологической реактивности, которая может быть специфической (связанной с травматическим опытом) и неспецифической (возникающей в ответ на стимулы внешней среды).

В противоположность распространенной точке зрения, *приемлемость и согласие* — это не априорное и категоричное утверждение («да» или «нет»), данное пациентом в начале терапии. Приемлемость и согласие, особенно в случае с лечением ПТСР, представляют собой динамические процессы, зачастую весьма изменчивые и хрупкие. Явно или неявно вопрос о доверии, требующий разрешения, может возникать вновь и вновь на каждой терапевтической сессии, особенно если психическая травма пациента вызвана действиями других людей, бесчеловечным отношением. К тому же при выборе лечения должны самым тщательным образом учитываться предпочтения пациента. К примеру, некоторые пациенты могут быть настроены против любого вида лечения, которое предполагает интенсивную работу с травматическими воспоминаниями. Другие могут отказываться принимать медикаменты. При назначении того или иного вида лечения, которое врачу может представляться оптимальным, приоритетными являются свобода выбора пациента, его согласие соблюдать предписания данного вида лечения.

Согласованность того или иного вида лечения с *культурными нормами* имеет первоочередную значимость при работе с беженцами, которые могут быть не готовы к принятию оценки их состояния (например, психическое расстройство) и методов лечения, утвердившихся в чуждой для них культуре. Проблемы в отношениях с представителями противоположного пола могут проявляться у пациентов, психическая травма которых была каким-то образом связана с вопросами пола. В действительности многие пострадавшие от травмы люди удивляются «глубине понимания» и правильному отношению терапевтов к их травматическому опыту, о котором они сами зачастую не могут рассказать.

Понятно, что вопросы *стоимости и доступности ресурсов* лечения весьма остро стоят во многих обществах, в особенности, в бедных странах или неблагополучных районах относительно богатой страны. Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина могут быть недоступны для большинства населения в странах третьего мира и бедных провинциях ввиду своей высокой стоимости. Вероятность найти получившего образование специалиста в бедствующих районах Африки или Центральной и Южной Америки очень мала. Во всем мире наблюдается нехватка детских психиатров. Среди населения с низкими доходами многие пострадавшие, по всей видимости, уже потеряли надежду получить квалифицированную помощь. Хотя указанные проблемы могут возникать и в других областях (например, при лечении СПИДа), для ПТСР на данный момент не разработаны краткие экономичные лечебные программы вроде тех, что применяются в бедных странах для предупреждения заболевания СПИДом. Главной задачей будущего в нашей области является разработка недорогого лечения для лиц, перенесших психическую травму и страдающих ПТСР.

Наконец, для многих пациентов, перенесших травму, лечение оказывается сопряжено с решением *судебно-медицинских, административных и юридических* вопросов. Прежде всего здесь имеются в виду частые случаи судебных разбирательств, выплат страховок, покрывающих затраты на лечение, признание нетрудоспособности и выход на пенсию, возмещение ущерба и/или выплата компенсаций. Ход лечения и его ожидаемый результат могут быть самыми разными способами связаны с указанными аспектами и зависеть от них. Терапевты должны учитывать все вышеперечисленные вопросы и ясно сознавать ту роль, которую они в каждом конкретном случае имеют в терапии.

• ***Чего ожидать от лечения и как поставить реалистичные цели?*** В силу вариативности ожидаемых результатов лечения ПТСР очень важно четко определить цели лечения до его начала и обсудить их с пациентом. Цели лечения, прежде всего, должны быть *реалистичными* (т.е. и желаемыми, и достижимыми). В большинстве случаев одной из важнейших целей является снятие симптомов ПТСР. Однако клиницист должен помнить, что каждый вид терапии характеризуется определенной эффективностью, и это задает границы для возможных ожиданий. В других случаях в качестве первоочередной цели на начальном этапе лечения выступает борьба с коморбидными симптомами и опасным поведением. В лечении некоторых пациентов основной целью является стабилизация и предотвращение рецидивов. Иногда в качестве предварительной цели необходимо совершение пациентом осознанного выбора психологического или медикаментозного лечения взамен изоляции, алкоголизации и отыгрывания. В других случаях, прежде всего, следует исключить возможность попадания пациента в стрессовые и неблагоприятные ситуации (с тем что-ябы прекратить повторяющуюся активацию травматического опыта). Наконец,

может оказаться необходимым привлечь к терапевтическому процессу тех людей из ближайшего окружения, чьи установки, поведение, дистресс тем или иным образом связаны с состоянием пациента. В общем и целом терапию ПТСР вернее было бы рассматривать как ориентированную на изменение поведения, а не только на устранение симптомов заболевания.

В любом случае цели лечения должны быть *определены заранее*, далее их следует *придерживаться*, а после окончания лечения *оценивать* степень их реализации. Таким образом, если данный метод лечения не дает прогнозируемого результата, необходимо попытаться выявить причины этого, после чего предложить альтернативные варианты. Как было показано во многих главах настоящего руководства, задачей первоочередной важности является соотнесение выбранных техник с желаемой целью. В случаях, когда эмпирические основания отсутствуют, делать выбор необходимо с опорой на свой клинический опыт. Выбор правильного инструмента должен быть *эксплицитным*, основанным на содержащейся в главах данной книги информации, *клиенто-ориентированным* и *гибким*. В случае работы с хроническим ПТСР нужно планировать долгосрочные цели, в соответствии с которыми будет определена последовательность применения методик и обеспечена преемственность в ходе лечения.

• **Каким образом комбинировать различные терапевтические техники?** Комбинированное лечение является скорее правилом, нежели исключением для ПТСР, несмотря на тот факт, что имеется крайне мало эмпирических данных, подтверждающих правомерность такой практики. В самом деле, в одном из немногих исследований, посвященных этой проблеме, Фоа и ее коллеги обнаружили, что применение вскрывающей психотерапевтической техники и тренинг управления стрессом (ТУС) дает лучший эффект в лечении жертв сексуального насилия по сравнению с параллельным применением этих методов. Хотя эти неоднозначные результаты породили столько же вопросов (например, будет ли сочетание вскрывающей терапии и ТУС более эффективным в случае пролонгированного лечения, выходящего за рамки 9-недельного экспериментального протокола?), сколько было дано ответов, авторы ясно показали, что применение комбинированных методов лечения требует систематической оценки в строгих клинических условиях. На практике большинство направлений КВТ применяют вместе с некоторыми другими видами терапии, подобно тому, как при фармакотерапии ПТСР одновременно назначают несколько препаратов разного типа. Другое весьма распространенное в клинической практике явление — это то, что многие пациенты с ПТСР, которые проходят индивидуальную психотерапию, принимают как минимум еще одно лекарственное средство. Таким больным может также быть назначена групповая, супружеская или семейная терапия, в дополнение к индивидуальной терапии или медикаментозному лечению. Хотя имеются в целом хорошие показания к назначению комбинированного лечения, мы должны помнить, что та-

кая клиническая практика нуждается в тщательной проверке в ходе проведения соответствующих исследований.

Согласно этиологическому подходу к лечению ПТСР, возможность применения разных терапевтических методов, направленных на работу с теми или иными симптомами этого расстройства, обусловлена сложностью ПТСР, проявляющегося на психологическом, биологическом и социальном уровнях. Этот подход рассматривает все (индивидуальный, медикаментозный, групповой) виды лечения как дополняющие друг друга и равноценные. В то же время, исходя из прагматических соображений, акцент может быть сделан на индивидуальной психотерапии как основном средстве, позволяющем добиться прогресса, в то время как остальные виды лечения будут рассматриваться в качестве дополнительных (например, применение лекарственных средств, снижающих выраженность симптомов вторжения и физиологической реактивности, способствует более быстрому продвижению в индивидуальной терапии; благодаря семейной терапии могут быть сохранены необходимые для поддержки пациента социальные контакты, что снизит вероятность разрушения индивидуальной терапии из-за возможных семейных кризисов).

Недостаток эмпирических данных в пользу применения комбинированного подхода не следует воспринимать как свидетельство неэффективности такого лечения. Осознавая важность этого вопроса для профессионалов и популярность данного подхода в клинической практике, мы настоятельно рекомендуем последовательное применение разных техник при лечении ПТСР. После того, как терапевт выберет (и пациент примет) определенный вид лечения, необходимо провести адекватную клиническую проверку данного метода с тем, чтобы определить его эффективность. Если клинические цели достигнуты, то нет необходимости использовать дополнительные виды лечения. Если же лечение неэффективно или оно провоцирует возникновение неприемлемых побочных эффектов, необходимо отказаться от данной техники и прибегнуть к помощи других методов лечения. На практике улучшение состояния пациентов оказывается достаточным для того, чтобы показать эффективность данного лечения, но недостаточным для того, чтобы удовлетвориться его результатами. Поэтому первый метод лечения без его прерывания может быть дополнен другим. С другой стороны, успех (или неудача) лечения будет определяться тем, удалось ли достичь поставленных целей. Если же поставленные цели-лечения могут быть достигнуты при помощи этого другого метода, превосходящего первый по эффективности, то от первого лучше отказаться.

Обычно проблема состоит в том, что однажды начатое лечение с применением какого-то конкретного метода может затянуться на неопределенный срок, даже если возникают сомнения в его эффективности. Мы убеждены в том, что комбинированные виды лечения действительно могут занять важное место в практике лечения ПТСР и в будущем должны подвергнуться тщательной

проверке. Мы также убеждены, что любое лечение, будь то комбинированное или нет, должно периодически оцениваться, чтобы можно было удостовериться в том, что его применение все еще дает желаемый клинический эффект.

• **Как планировать лечение с учетом комплексной клинической картины и коморбидных расстройств?** Мы уже обсуждали сложные клинические случаи, когда лечение ПТСР может быть начато только после преодоления психиатрических кризисов пациента. Это касается суицидального поведения, алкогольной зависимости, депрессий с тяжелыми нарушениями функционирования, распада семьи (см. главу, посвященную выбору лечения для ПТСР). Мы также рассмотрели комбинированное лечение, суть которого состоит в том, что для лечения ПТСР используется два или более клинических подхода. Однако оба эти вопроса требуют конкретизации для случаев, когда ПТСР сопровождается еще как минимум одним психическим расстройством. Данное замечание имеет особую важность в контексте диагностики и лечения ПТСР, поскольку до 80% всех пациентов с ПТСР на протяжении жизни страдают также по меньшей мере еще одним психическим расстройством по оси I (по классификации DSM-IV, Axis I) (Kessler et al., 1995). Наиболее часто коморбидными для ПТСР выступают аффективные (депрессия, дистимия) или тревожные (обсессивно-компульсивное расстройство, паника, социофобия) расстройства или алкогольная/наркотическая зависимость/злоупотребление. Кроме того, появляются данные и о широком распространении ПТСР среди тяжелых психически больных пациентов, страдающих шизофренией и хроническими аффективными расстройствами (Mueser et al., 1998). Наконец, коморбидные личностные, диссоциативные и сомато-формные расстройства (часто связанные с пролонгированной детской травмой) — еще одно весьма распространенное в клинической практике явление.

Как и в случае со многими клиническими вопросами, находящимися на стадии разработки, в литературе отсутствуют эмпирические данные, позволяющие сформулировать рекомендации для лечения осложненного коморбидными заболеваниями ПТСР. В то же время накоплен богатый эмпирический материал по лечению коморбидных заболеваний как таковых (например, депрессии, панических и обсессивно-компульсивных расстройств и пр.), поэтому мы обратились к этим клиническим разработкам с тем, чтобы высказать некоторые предположения.

Эффективность фармакотерапии аффективных, панических, обсессивно-компульсивных расстройств, социальных фобий, а также шизофрении хорошо обоснована. Когнитивно-бихевиоральное лечение также имеет высокую эффективность в случаях депрессии и вышеупомянутых тревожных расстройств. Наконец, получили широкое распространение программы по детоксикации и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Иными словами, согласно эмпирическим данным, эффективность методов лечения расстройств

(по классификации DSM-IV, ось I), которые наиболее часто оказываются коморбидными ПТСР, является более высокой по сравнению с эффективностью лечения ПТСР. Отчасти это объясняется тем, что клинические исследования в области ПТСР проводятся на протяжении последних 10-15 лет, тогда как исследования методов лечения коморбидных расстройств имеют долгую историю.

В случаях, когда ПТСР сопровождается коморбидным расстройством, лечение может быть спланировано разными способами. Следуя правилу «лучше меньше, да лучше», врачам, практикующим медикаментозный подход в лечении, и специалистам в области КБТ следует начинать с применения одного-единственного вида лечения, который может позволить воздействовать на симптомы сразу обоих расстройств. Например, лечение ПТСР с ко-морбидными депрессией, паническими или обсессивно-компульсивными расстройствами вполне логично начать с ингибиторов селективного обратного захвата серотонина. Аналогично, процедура КБТ может включать специальные блоки, направленные на работу с паническими расстройствами, социальной фобией или обсессивно-компульсивными расстройствами. Кроме того, в КБТ может быть добавлены компоненты, препятствующие возникновению рецидивов алкогольной/наркотической зависимости/злоупотребления (Foy et al., 1997). Наконец, мы рекомендуем одновременное лечение ПТСР и коморбидной химической зависимости/злоупотребления (Kofoed et al., 1993), а не следование конвенциональному подходу, согласно которому лечение производится последовательно и обычно начинается с детоксикации и алкогольной/наркотической реабилитации, предваряющих лечение ПТСР (за исключением случаев, когда тяжесть зависимости такова, что лечение ПТСР становится невозможным).

Эти рекомендации неприменимы, когда ничего не известно об эффективности применения выбранной терапевтом методики лечения ПТСР для лечения коморбидного расстройства. Действительно, если предпочтение было отдано ДПДГ, психодинамической, групповой или семейной терапии, для коморбидного заболевания должно быть назначено отдельное лечение. Если ко-морбидное расстройство требует срочного первоочередного вмешательства по причине тяжести, то лечение коморбидного расстройства должно предварять лечение ПТСР. Например, если ПТСР сопровождается тяжелыми формами депрессии, применение антидепрессантов представляет собой наиболее удачный вариант на начальном этапе лечения. Лечение ПТСР должно быть отложено до тех пор, пока не появится возможность контролировать депрессивные симптомы. После этого может быть инициировано лечение с помощью ДПДГ, психодинамического подхода, групповой или семейной терапии. Как отмечалось ранее (см. раздел, посвященный комбинированной терапии), любые виды лечения (как для ПТСР, так и для коморбидных расстройств) должны вводиться последовательно и подвергаться адекватной клинической

проверке перед тем, как будут добавлены или прерваны другие процедуры. Мы также повторяем наши рекомендации относительно того, что все методы лечения (как ПТСР, так и коморбидных заболеваний) должны периодически проходить проверку на предмет их способности давать ожидаемый клинический результат.

- **Как долго должно продолжаться лечение?** Нам очень мало известно о том, насколько долго могут сохраняться достигнутые в ходе лечения позитивные результаты, по двум основным причинам: во-первых, из-за нехватки научных сведений по данному вопросу, а во-вторых, в силу самой природы ПТСР. Что касается первого пункта, то в большинстве исследований, производящих оценку результатов лечения, редко учитывается клинический статус пациентов по прошествии более чем шести месяцев. Ясно, что долгосрочные исследования призваны помочь нам в выработке обоснованных ожиданий в отношении продолжительности поддержания достигнутого в ходе терапии результата. Что касается фармакотерапии, то здесь классическим типом исследования является прерванное изучение, при котором успешно прошедшие курс медикаментозного лечения пациенты случайным образом распределяются по группам для дальнейшего назначения плацебо либо продолжения медикаментозного лечения. Это делается для того, чтобы определить процент рецидивов при наличии и отсутствии лечения на протяжении длительного периода наблюдения. В отношении КБТ, ДПДГ и других видов краткосрочной психотерапии актуальными вопросами остаются следующие: (1) как долго может поддерживаться достигнутый в ходе лечения эффект; (2) может ли эффект лечения быть укреплен путем периодического проведения дополнительных поддерживающих сессий и, если да, то как часто и как долго должны проводиться эти сессии?

В отношении второго момента, касающегося природы ПТСР, можно сказать следующее: люди, которые восстанавливались после ПТСР, имеют больший риск повторно получить этот диагноз, если в будущем столкнутся с травматическими или связанными с травматическими стимулами. Мы надеемся, что навыки совладания, приобретенные за время психотерапии, позволят этим индивидам стать менее подверженными возможным будущим рецидивам по сравнению с теми людьми, которые не проходили такого курса лечения. Следовательно, важным направлением дальнейших разработок является создание интервенций, направленных на стабилизацию состояния и предотвращение рецидивов. В долгосрочной перспективе такое лечение будет куда более полезным, чем те подходы, которые ограничиваются исключительно достижением улучшения по текущей симптоматике.

- **Существуют ли такие особенности ПТСР, которые требуют специального внимания, помимо собственно основных составляющих лечебного процесса?** Вне зависимости от того, какому виду терапии или их комбинации будет отдано предпочтение, диагносты и терапевты обязаны иметь

в виду ту специфику, которой характеризуется работа с ПТСР. Первичная диагностика должна проводиться с особой тщательностью, поскольку пациентов просят восстановить в памяти и рассказать о том травматическом материале, в отношении которого они выработали совокупность разнообразных когнитивных, эмоциональных, поведенческих защит. Клиницисты должны с пониманием отнестись к этим защитам, создать атмосферу доверия и безопасности, а также быть терпеливы к проявлениям пациентами сопротивления при воссоздании травматического переживания. Обычно пациенты с ПТСР при заключении терапевтического контракта демонстрируют вполне понятное амбивалентное отношение. С одной стороны, они испытывают желание избавиться от симптомов, с другой — боятся, что процесс терапии как таковой будет болезненным, так как терапевтическая работа предполагает повторное погружение в психотравмирующую ситуацию, связанную с нестерпимыми воспоминаниями, мыслями, чувствами. Реалистичные цели терапии должны детально обсуждаться, последовательность и темп лечения должны быть тщательно согласованы. В тяжелых и хронических случаях ПТСР, в особенности тех, которые связаны с длительной травмой (например, пережитое в детском возрасте сексуальное насилие), часто возникает необходимость решения вопроса о безопасности и защищенности пациента в домашних условиях и в пределах офиса терапевта. Так, неразумно назначать фокусированную на травме психотерапию пациентам, которые все еще находятся под действием травматических факторов (например, продолжающееся домашнее физическое/сексуальное насилие и пр.). В таких случаях начальной фазой лечения является обеспечение безопасности и защищенности. Только после этого можно приступить к вскрывающей терапии или к какому-либо иному виду сфокусированного на травме лечения. В этой связи важно отметить, что по указывавшимся ранее причинам сфокусированное на травме лечение не является необходимым компонентом любого терапевтического процесса.

Для всех пациентов с ПТСР доверие является важной темой. Вот почему терапевт не только должен продемонстрировать свою профессиональную компетентность, но и показать, что он заслуживает доверия. Одним из возможных путей достижения указанной задачи является заключение терапевтического контракта, в котором четко прописаны процедура, временные рамки, цели лечения. Другой способ формирования отношений доверия и оправданных ожиданий состоит в том, чтобы не давать обещаний, которые потом будет сложно выполнить. Например, нельзя обещать полного излечения, поскольку вряд ли удастся этого добиться; кроме того, всегда есть риск рецидивов, даже после полного снятия симптомов.

Внимательное отношение к этим вопросам является неременным предварительным условием любого эффективного терапевтического альянса с пациентами, страдающими ПТСР.

• **Как относиться к резистентности к лечению и неудачным исходам лечения?** Как и многие другие ментальные расстройства, ПТСР, в особенности в хронической фазе, зачастую трудно поддается лечению. Несмотря на многочисленные описания возникающих в ходе лечения трудностей и свидетельства о низкой эффективности лечения ПТСР, в отношении данного расстройства отсутствует четкое определение понятия *резистентности к лечению*. Можно указать следующие вопросы, не получившие удовлетворительного освещения: какие виды лечения могут встречать «резистентность»? Какие симптомы особенно трудно поддаются лечению? Когда становится ясно, что лечение неэффективно и что в таких случаях делать (например, назначить ли более интенсивное лечение, изменить дозы либо использовать другой терапевтический подход)? Ответы на эти вопросы очень трудно найти из-за различий в применяемых для лечения ПТСР методов и неоднородности популяции лиц, перенесших психическую травму (например, пострадавшие от систематических проявлений жестокости и пережившие отдельный травматический эпизод).

Неудивительно поэтому, что в самых последних работах (напр.: Davidson et al., 1998) исследователи сталкиваются не только с более выраженным эффектом лечения, но также и с не ожидавшимся эффектом плацебо. В то же самое время, как достоверно установлено, КБТ имеет доказанную эффективность в отношении различных видов ПТСР, включая даже случаи пролонгированного ПТСР. Использование специальных схем лечения, а также инструментария, позволяющего получать более точные количественные оценки изменений в состоянии пациентов по ходу терапии и распространение на большие выборки разных видов лечения позволит детально исследовать резистентность к нему.

В настоящее время можно сказать, что причины резистентности при лечении ПТСР те же, что и при лечении других расстройств (хронический характер, коморбидность, слабая податливость, неблагоприятные жизненные обстоятельства и т.д.). Наряду с этим можно выделить более специфичные для ПТСР причины, которые изучены еще весьма недостаточно (например, интенсивность переживания психотравмы и повторная травматизация, психическая травма на критической стадии и т.д.). Невозможно дать какие-либо четкие рекомендации тем клиницистам, которые столкнулись на практике со случаями резистентности у своих пациентов. Единственное, что можно посоветовать, — это полагаться на свое чутье в попытках по возможности приспособить свой метод лечения к нуждам пациента. Нужно также уметь предугадывать вероятные негативные варианты развития лечения (слишком быстрое или, наоборот, слишком медленное раскрытие травматического опыта, недостаточный учет действующих в жизни пациента стрессогенных факторов, недостаточное внимание к выполнению домашних заданий, слиш-

ком малая или слишком большая дозировка назначенного препарата) и, наконец, использовать многообразные возможности, приведенные в данном пособии, для того, чтобы оттачивать и обогащать свой опыт и свое мастерство терапевта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенные в этой книге практические рекомендации не являются чем-то законченным, они постоянно дополняются. Несмотря на то, что накоплен относительно большой объем наработок по таким направлениям, как КБТ, психофармакотерапия, ДПДГ, по сравнению с другими видами лечения, все же в целом мы знаем очень мало о монотерапии ПТСР и практически ничего о том, что касается комбинированного лечения. Позитивным фактом остается быстрый рост числа строгих клинических исследований в последние годы. Поэтому мы вправе ожидать, что многие из обозначенных в этой книге вопросов уже в обозримом будущем получат тщательное эмпирическое обоснование. До того же момента, когда это случится, мы надеемся, что анализ исследований методов лечения ПТСР и практические рекомендации экспертов, приведенные в данном руководстве, будут полезны для эффективной работы клиницистов.

ЛИТЕРАТУРА

Bryant R. A., Harvey A. G., Dang S. T., Sackville T., Basten C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866.

Brom D., Kleber R.J., Defares E. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612.

Creamer M., Morris E., Biddle D., Elliott P. (1999). Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: A cause for cautious optimism? *Journal of Traumatic Stress*, 12(4), 545-558.

Davidson J., Landburg E. D., Pearlstein T., Weisler R., Sikes K., Farfel G. (1997). Double-blind comparison of sertraline and placebo in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD). *American College of Neuropsychopharmacology Abstracts*.

Elkin I., Shea M. T., Watkins J. T., Imber S. D., Sotsky S. M., Collins J. E., Glass D. R., Pilkonis E. A., Leber W. R., Docherty J. P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971-982.

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., Rothbaum B. O., Riggs D. S., Murdock T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral, procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foy D. W., Ruzek J. I., Glynn S. M., Riney S. A., Gusman F. D. (1997). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 3, 59-73.
- Friedman M.J., Rosenheck R. A. (1996). PTSD as a persistent mental illness. In S. Soreff (Ed.), *The seriously and persistently mentally ill: The state-of-the-art treatment handbook* (pp. 369-389). Seattle, WA: Hogrefe Huber.
- Imber S. D., Filkonis P. A., Sotsky S. M., Elkin I., Watkins J. T., Collins J. E., Shea M. T., Leber W. R., Glass D. R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 352-359.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kofoed L., Friedman M.J., Peck R. (1993). Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *Psychiatric Quarterly*, 64, 151-171.
- Kozak M.J., Liebowitz M. R., Foa E. B. (2000). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for OCD: The NIMH-sponsored collaborative study. In W. K. Goodman, M. V Rudorfer, J. D. Maser (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Mueser K. T., Goodman L. B., Trumbette S. L., Osher F. C., Vidaver R., Auciello E., Foy D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499.
- Shalev A. Y. (1997). Discussion: Treatment of prolonged posttraumatic stress disorder-learning from experience [Comment]. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 415-423.
- Solomon Z, Benbenishty R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.

Предметный указатель

ADIS-R. *см.* Методы оценки

CISD. *см.* Психологический дебрифинг

LASC. *см.* Методы оценки

SCID. *см.* Методы оценки

Адренергическая гиперактивность и ПТСР 104-105 уровень эффективности 392 эффективность антиадренергических средств в клинических исследованиях открытого типа и описания случаев 114, 118-119, 126 Алекситимия 217

арт-терапия 368 Антиконвульсанты и ПТСР уровень эффективности 392 эффективность в клинических исследованиях открытого типа и описания случаев 116, 122, 125, 126

Антипсихотические препараты и ПТСР 116, 122, уровень эффективности 393 Арт-терапия и ПТСР 360, 426-427, 443-444 тендерные аспекты 371 исторический обзор 361-362 клинические состояния подлежащие лечению

коморбидные расстройства 362 психосоциальные проблемы 362 тип травмы 362

тяжесть расстройства 362 черты характера/привычки 362

концептуальные рамки, невербальные данные 361 интервенции 363

оценка эффективности лечения 368

пересечение с другими методами лечения 364, 369

показания 364-365, 371-372, 427-428

профессиональная организация/сертификация 370

роль терапевта 366-367

техники 365-367

цели лечения 364

эмпирические и клинические данные 368-369

уровень эффективности 427 Аспекты профессиональной деятельности терапевта

правовые аспекты работы с травмой 318

профессиональная подготовка 24, 239-240

реалистическая оценка терапевта 25, 214

роль в арт-терапии 367 Ассимиляция/аккомодация и сверхаккомодация 78

Бензодиазепины (BZD) и ПТСР 109, 115 клинические исследования эффективности открытого типа и описания случаев 121-122, 126

риск коморбидной алкогольной/наркотической зависимости 121 уровень эффективности 392
Биологическая обратная связь в терапии ПТСР(ВЮ) 76,83,381 исследования 95 ограничения 98,
387 уровень эффективности 384 Бихевиоральная теория/терапия, см. также Теория научения
метод работы с симптомами избегания и другими поведенческими проблемами 76
Величина эффекта 20 Ветераны, см. ветераны войны Восьмиуровневая модель лечения ПТСР 312-
315
конгруэнтность 314 -135
конденсация 314
контроль 314
конфронтация 313
концентрация 314
осознание переживаний 313-314
признание 313
утешение 313 Вскрывающая терапия (ВТ) 80, 381
гипноз 308
избегание, in vivo 92
исследования 84, 85,92 , 96
комбинация с другими видами лечения 158-159
компонент когнитивно-процессуальной терапии 82
ограничения лечения 97, 386
психосоциальная реабилитация 272
у детей 138-139, 158
уровень эффективности 382
эффективность 92
Тендерные различия
данные и арт-терапия 371
и разработки для интерперсональной
психотерапии 222 различия в развитии ПТСР 30-32 эффективность методов лечения ПТСР 12-13
Гипноз 298, 418, 442
клиническое использование 300,326,420 для «повторного обучения» 320 как инструмент для
избавления от травматических воспоминаний 212 ,222, 304-305 подход "эго-терапии" 321
противопоказания 326-327, 421-422 синергетическое влияние 304
Гипнабельность/восприимчивость к гипнозу 300-301
восьмиуровневая модель лечения ПТСР 312-315
жизненный цикл 301
и «военные неврозы» 321
и проблема переноса 308, 315
необоснованная уверенность в точности воспоминаний 305, 316-318 создание
псевдовоспоминаний 316-317
пациенты с ПТСР 303
ПТСР, обзор литературы 319
доводы в пользу применения 303-305 история 319-323 последние исследования 323-325 уровень
эффективности 419 «эмпирически подтвержденный метод лечения» 325
фазоориентированная модель 305-315
эффективность лечения ПТСР 22, 319 Гипнотическая индукция 299 Гипнотические феномены 300
Глутаматергическая регуляция и ПТСР 106 Групповая терапия и ПТСР 402, 439
модель «выживший помогает другому» 192
обзор литературы 198-200, 201
когнитивно-бихевиоральная групповая терапия 204 методические ограничения 205-207
поддерживающая групповая модель
201 психодинамическая групповая модель
201-204 рекомендации 403-404 уровень эффективности 403
перспективы исследований 209-212
показания/противопоказания для групповой терапии 208
«покрывающие» и «вскрывающие» методы 193
принципы группового процесса 192-193

сравнение видов групповой терапии *202-203, 205*

типы групп

когнитивно-бихевиоральные *192* поддерживающие *192, 193-194* психодинамические *192, 195*
«травма-фокусированные группы» *193*

фокусирование на травме и поддержка *209-210*

формирование групп, переживших травму *208-209*

Движение социальной психиатрии и изучение последствий природных и техногенных катастроф
55-56

Двухфакторная теория обусловливания эмоций страха и оперантного избегания 75 Депрессивное расстройство и ПТСР 135 (ДПДГ) альтернативные способы проведения ДПДГ 173, 175 исследования, биологическая обратная связь 95 история/развитие метода ДПДГ 170-172 когнитивно-бихевиоральная терапия 95-96 литературный обзор
дополнительная информация об исследованиях 178-179 исследования с использованием контрольной группы: лист ожидания или пациентов, продолжающих стандартное лечение 180-181 критерии включения 177 ограничения 179-180 сравнение с контрольными методами лечения или вновь начатым лечением в стандартных условиях 181-183 уровень эффективности 399 при ПТСР у детей 140, 188, 400, 438 проведение процедуры и эффективность 187 рекомендации
исследовательские 400 клинические 399-400 теория 172-173 травматические воспоминания как «цели»
174 цели лечения, ослабление симптомов 14 шкала соответствия представления (VoC)
174 шкала субъективного уровня беспокойства (SUD) 174 этапы лечения
десенсибилизация/переработка 175 диагностика 174 завершение 176
история пациента/планирование лечения 173-174 переоценка 176 подготовка 174 соматическое состояние 176 утверждение позитивного представления 175 эффективность лечения 22
Дети/подростки и ПТСР 394, 396, 437-438 ДВГР 135-136
длительность лечения 142, 395 и повторная виктимизация 232 клинические проблемы 13
когнитивно-бихевиоральные техники,
когнитивная терапия 139 контролируемый рассказ 138 стратегии работы со стрессом 139 методы лечения 155-156 ДПДГ 140, 187-188 интегративные подходы 141-142 когнитивно-бихевиоральная терапия
138-139, 158-159, 395 привлечение родителей 141, 153, 157
психоаналитический/психодинамический подход 137-138 психологический дебрифинг 137, 144
психологическое просвещение 137, 158 сочетание подходов 155 сравнение эффективности 162
фармакотерапия 140, 396 фиксация на травме ("игровая терапия") 136, 144, 153 модель «превентивных интервенций» 143 модератор и медиатор переменные 132-133 обзор литературы
клинические данные 143-145 уровень эффективности 395 эмпирические доказательства 145-155
оценка 156-157
пограничное личностное расстройство 136 показания/противопоказания для терапевтических вмешательств 160 «прогностические признаки» 133, 139 руководство к терапии 156-160
сопутствующие диагнозы 134-136, 144 теоретический подход 131-132 терапевтический сеттинг 157-158 точка зрения на распространенность данных 31 уровень психического развития 13, 133, 157
факторы, влияющие на выраженность симптомов 132
способствующие и опосредующие параметры 132 физиологические нарушения 144 Дефицит внимания/гиперактивность (ДВГР)
и ПТСР 135, 144 Диагностическая значимость определения «золотой стандарт» 33
сензитивность/специфичность теста 33-34 Диссоциация 302
использование гипноза 320 сопровождающая травму, как предиктор
ПТСР 302 уровни 302
хроническая или неоднократная травма 303
Жертвы сексуального насилия и риск ПТСР 30, 32

«Золотой стандарт» см. результаты клинических исследований диагностическая значимость определения

«Золотой стандарт» особенности хорошо контролируемых исследований;

Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) и ПТСР 108, 109, 112-113, 115 уровень эффективности 391 эффективность в клинических исследованиях открытого типа и описания случаев 119-120 Ингибиторы селективного обратного захвата серотонина (SSRI) и ПТСР 115, 109, 116, 112 дети 158, 396

другие серотонинэргические средства 112, 118

уровень эффективности 393 клинические исследования открытого типа и описание случаев 116-117, 124 современное состояние знаний по терапии

22, 125 уровень эффективности 390-391 Интерперсональная психотерапия 222

Когнитивная терапия (КТ) 381

автоматические (дисфункциональные)

мысли 82 дети 139 исследования 94

уровень эффективности 383-384 как компонент терапии когнитивной

переработки 82 ограничения 98, 387 тренинг ассертивности 83 Когнитивно-бихевиоральная групповая терапия 192 и принцип научения и затухания 197 и психодинамические подходы 197 обзор литературы 204 процесс переработки травмы 196 Когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ) ПТСР в дополнение к дебрифингу 53 в сочетании с фармакотерапией 126-127 и гипноз 303-305 и коморбидные расстройства 99 как превентивный уровень 68 лечение 79

№ДГ 95-96

ограничения 97-98

у детей 138-139, 158-159 обзор публикаций, изучение результатов лечения 84, 86-91, 381-382

психодинамическая психотерапия 220-221

совмещение подходов в исследованиях 95380,384-385, 434-436 ограничения 97-98, 387

цели лечения, ослабление симптомов 14

эффективность 22 Когнитивно-процессуальная терапия (КПТ) исследования 94

уровень эффективности 383

когнитивный компонент 94, 381

компонент вскрывающей терапии 93

ограничения 98, 386 Коморбидные состояния при ПТСР 8, 15

важность в оценке 44-45

проведение лечения 24-25 Контрперенос

при терапии лиц, переживших психическую травму 215

цикл викарной травматизации в контрпереносе 233 Концепция переноса 214, 229

проблемы 308, 315

«травматический перенос» 315

Ламотриджин, клиническое действие анти-

конвульсанта 106 Лечение ПТСР в стационаре 408,412,440-441 как «метатерапия» 263 критерии отбора 248, 264, 411 курс лечения 410 лечение в психиатрических отделениях

общего профиля 252 модель «второго поколения» 241,260,411 обзор литературы 256-259 клинические данные 262 проблемы терапевтического влияния

лечебной среды 253 уровень эффективности 409-410 эмпирические данные 254-255,260-261 основные парадигмы теория развития 242 теория социального обучения 242 терапевтическое

сообщество/социальная психиатрия 242, 246-247,253 программы и техники 245-253 противопоказания 244, 412 снижение затрат 242, 243, 264 травма-ориентированный подход 240,

246, 249

«исцеление во имя будущего» 265 подход, сочетающий разные теоретические концепции и методы лечения, 250 социальная помощь в лечении «социальных ран» 246-247 цели 243, 264

частичная госпитализация 244-245

Массажная терапия для детей и ПТСР 151-152 Метод дебрифинга С.Л. Маршалла 52-53 Метод дебрифинга стресса критического инцидента 50 Методы оценки ПТСР, 44-45 дихотомические, континуальные 36 методики самоотчета или тесты Лос-анджелесский опросник симптомов 41-42 Миссисипская шкала ПТСР для участников боевых действий 39 опросник симптомов ПТСР 41 Пенсильванский опросник посттравматического стресса 40 шкала оценки влияния травматического события (переработанная, IES-R) 38-397 шкала посттравматической диагностики 40 шкала ПТСР Кина ММРІ-2 39-40 психометрическая теория и принципы 32-34 психофизиологические измерения 42 стандартизация 42-44 структурированные диагностические интервью 34 интервью по диагностике ПТСР (PSS-1) 38 интервью по диагностике тревожных расстройств, перечень вопросов (ADIS-R) 35-36 клиническая шкала для диагностики ПТСР 36-37, 289 ограничения 35 ПТСР-интервью 36 структурированное интервью для ПТСР 36 структурированное клиническое интервью *Тфл* DSM 3435, 289 Методы психодинамической психотерапии 220 для жертв травмы, в сравнении с методами когнитивно-бихевиоральной психотерапии 221 краткосрочная психодинамическая психотерапия 220-221 центральная конфликтная тема отношений 231 экспрессивная терапия 220 Модель близости, срочности и надежды 52 психологическое обучение 54-55 рекомендации 70 стадии введения 57 завершения 59 мысли и впечатления 58 нормализация 58 планирование будущего/совладание 58-59 предсказуемость и факты 57-58 эмоциональные реакции 58 функция отбора 136, 142, 155-156 Модель дебрифинга для множественных стрессоров 60 сравнение с другими интервенциями 60-61 общие черты разовых интервенций 66-68 Модель «ускоренной переработки информации» 172

Нарушение опиоидной регуляции и ПТСР 104 Насильственные действия и ПТСР 31

Объектные отношения как предиктор исхода лечения 260 теория 217-218 Острое стрессовое расстройство (ОСТ) диагноз 134 прогноз 69 Отреагирование 214, 307, 320 фрагментированное 309

Повторное переживание симптомов ПТСР 29 Пограничное личностное расстройство и ПТСР 136 необходимость 286 планирование лечения и ПТСР 12 Поддерживающая групповая терапия 190 контекст, ориентированный на совладание с травмой 192 обзор литературы 195, 201 различные функции клинического сеттинга 192 техники, 191-192 Поддерживающая психотерапия 222 Посттравматического стрессового расстройства лечение 14-15 «волшебное» средство 124 в промышленно отсталых регионах 9 изучение эффективности 17-18, 22, 445 клиницист 24, 240, 432 клинические подтверждения 27 злоупотребление/зависимость от химических веществ 16 коморбидные расстройства 15, 126, 450-452 нетрудоспособность/функциональные нарушения 16-17 показания к госпитализации 17, 24 сопутствующие медицинские состояния 16 суицидальное поведение 15, 24, 263

462

клинические проблемы

взрослые 13

возраст 13

тендерные различия 12-13

дети 13

единичные, множественные травмы 11

тип травмы 11

хроническое 12,356 комбинирование техник 448-450

изучение 22, 429-431

травма-ориентированный подход в терапии 249 модель единого центра 285, 291 оптимизация 431
параметры

выбор вида лечения 444-447

готовность 25

проведение лечения 24-25

сопротивление 25, 454-455

стоимость 107, 161, 242, 264

условия проведения лечения 24 принятые обозначения 23, 27 продолжение 452 рассмотрение
терапевтические цели 444, 447-448

интрапсихическое изменение в психодинамической психотерапии 226

ослабление симптомов 14

оценка/вклад в терапевтический процесс 14

функциональное улучшение 14,16-17 у детей

периодическая терапия 142

природа стресса 132 фокусирование лечения на травматическом опыте 136, 142-143, 240

эффективный план 207 Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) 7 важность

кортикотропинового релизинг-

фактора 105 выученной беспомощности симптом

279 группы риска 30 диагностические критерии 29, 284,

431-432

повторное переживание симптомов 29

симптомы возбуждения 29

симптомы избегания/эмоционального оцепенения 29

симптомы 7, 104 диссоциация, сопровождающая травму,

как предиктор 302 значимые факторы 13-14 коморбидное расстройство 8, 15, 99, 107,
240, 248

у детей 134-136, 144

комплексный ПТСР 231, 450-452

основные характеристики 134

острое, хроническое 28

отсроченное начало 28

оценка см. также Цели методов оценки 32 особенности 452-453

подтипы 123, 134

предварительное обследование пациента 432

причина бездомности 280

психобиологический аспект 12, 103

психофизиологические функции 42 54-55 у детей 144

распространенность 30-32

рецидив симптомов 13-14, 251, 452

симптомы, препятствующие лечению 98, 105, 107,126-127,246

физиологическая модель 7 ограничения 103-104 сенсбилизация/повышение раздражимости 106

Программа по модели Sanctuary 261 Процесс работы над руководством 9-10

система рейтинга 10 Профиль гипнотической индукции (НИР) 299 Псевдогипнотические феномены
300 Психоанализ 219

показания/факторы 232 Психоаналитическая/психодинамическая психотерапия 406-407, 441-442

биологически ориентированная психиатрия 218-219

влечение к смерти 216

и гипноз 304-305
и методы групповой терапии 223
катарсис 55, 213
концепция переноса 214, 229
«наблюдающее Я» 230
навязчивое повторение и теория сновидений 216
обзор литературы
клинические исследования 225-229 уровень эффективности 406 эмпирические исследования 224-225
описание методов 219-223
определение симптомов 213
основное правило 219
отреагирование 212, 215, 222
показания 213, 229-230, 407-408
противопоказания 408
психический баланс 213
свободные ассоциации 213
сочетание с фармакологическими методами 233

стимульный барьер
как «поддерживающее окружение»
217-218 травма 216-211 теоретические положения 212-219 цели 225
эффективность лечения ПТСР 22 у детей 136, 156 Психодинамическая групповая терапия 190-191
когнитивно-бихевиоральная групповая
терапия 193-194 литература 201 реструктурирование репрезентации «Я -
Другие» 195 степень аффективной вовлеченности 193 техники 192-193 Психобиологические
нарушения при ПТСР
104-105 Психологический дебрифинг (ПД) 378, 434-435 групповая психотерапия 53 дебрифинг
стресса критического инцидента 51-52, 564 7 фаз метода 57 дети 136 индивидуальные 59
ретравматизация 70 как срочная психологическая помощь 71,
135-136, 142 катарсис 55
когнитивно-бихевиоральная психотерапия когнитивные схемы и травматические
воспоминания 54 концепция десенситизации 54 кризисная интервенция 53 непосредственный и
долгосрочный превентивный эффект дебрифинга 64 обзор литературы
исследования без контрольных групп
или групп сравнения 65 клинические исследования открытого
типа и описание случаев 63-66 методологические недостатки 68, 71,
379-380 рандомизированные контролируемые клинические исследования 61-63
показания/противопоказания 379 регламент проведения процедуры дебрифинга 54 социальная
поддержка, как срочные превентивные интервенции 52 терапия горевания 54 уровень
эффективности 378 эклектическая модель 55-56 Психологическое просвещение
вскрывающая терапия 79-80 дебрифинг 54-55 дети 136
родители 139-140 семейная поддержка 282 -283 Психология Я и психическая травма 217
Психосоциальная реабилитация для лечения ПТСР 415, 443 telehealth/telemedicine программа 283
арт-терапия 363 важность настроения пациента 71, 274, 287
291 доказательная база 292 клинические испытания среди детей 144
148, 149-153 литературный обзор 277, 287-288
индивидуализация программ комплексной социально-психиатрической и психологической
помощи 285-287 обеспечение благоприятных жилищных условий 280-281 оздоровительные и
образовательные
методы 277-279 развитие навыков самопомощи/независимости 279 развитие социальных навыков
282-284 техники профессиональной реабилитации 284-285, 288 техники семейной поддержки 281-
282 уровень эффективности 415 овладение новыми навыками 275 переживание травмы 272, 277
перечень 275, 415 проблемно-ориентированный подход
270-271 ПТСР. см. Методы оценки рекомендации 289-290 теоретические обоснования
безопасные социальные связи 273 фазовый подход к лечению 272, 275 техники и другие
психические расстройства 270, 273, 278 техники, направленные на лечение травмы
290 целесообразность 270, 272 цели лечения, функциональное улучшение 14 широкомасштабная
«оценка потребностей» 290-291 Проблемы клинических исследований возраст/стадия развития
161 клинический опыт и научное знание 27, 211, 430
ограничения на исследование методов психосоциальной реабилитации, 287-289

недостаточная очевидность, недостаточная эффективность 432 ограничения
валидизация техники книги самопомощи 278
запрос на исследование лечения в стационаре 253
исследования в области психодинамической психотерапии и общепринятая исследовательская
парадигма 233
критерии включения и исключения 10, 18, 19
методологическая оценка эффективности терапии группы 203-205, 207-208
методологические недостатки в занятиях психологическим дебрифингом 67-68
необъективность изучения некоторых лечебных подходов 20
ПТСР и проблемы фармакотерапии 122-124 особенности хорошо контролируемого
исследования 84, 382
надежные/валидные измерения 18
объективная оценка терапии 19
подготовка эксперта 19
слепой метод 19
соблюдение правил терапии 19
специальные программы лечения, снабженные руководством 19
четкое определение симптомов 18 принятые обозначения для оценки терапевтического подхода
23, 27 сравнение видов лечения в различных
группах 186
Расовые различия в развитии ПТСР 32 Расстройство экстремального стресса, нигде
более не определяемое (DESNOS) и
травма/история травмы 8-9
"Связующие" воспоминания/псевдовоспоминания, восстановленные при помощи гипноза 316-317
Сенсибилизация/высокая чувствительность
и ПТСР 106 Симптомы эмоционального оцепенения при
ПТСР 29 Симптомы возбуждения при ПТСР 29 Симптомы избегания 29 Систематическая
десенсибилизация 75,80-81,381 взаимодействие воображения 79-80
in vivo взаимодействие 79 исследования 92-93
гипноз и психодинамическая психотерапия 323 уровень эффективности 383 ограничение лечения
97, 386 принцип реципрокного торможения 80-81 Социально-когнитивные теории
выражение эмоций и воссоздание травматических воспоминаний 78. *См. также теория* двойной
репрезентации концепция переработки информации 77-78 Стихийные бедствия и риск ПТСР 31
Структуры страха, и активация страха
в процессе лечения ПТСР 77 Суицидальное поведение, как особенность,
связанная с ПТСР 15, 264 Супружеская и семейная терапия и ПТСР 423, 442-443 базовые
характеристики несколько участников 337 системный фокус 337 курс лечения 424
ограниченность исследований 336, 350-352,355-356
и данные из первоисточников 340 уровень эффективности 423-424 поддерживающий подход к
терапии 338-339,349-350 основы 339-340 показания/противопоказания 352-353, 424
другие направления 354 насилие в семье 353, 355 системная терапия 337-338 терапия пар 345-349
техники семейной терапии 341-344 хронические симптомы, 356 основы 338-339
Теория двойной репрезентации 76
элементы эмоционального процесса 79 Теория зависимости памяти от психического состояния 305
Теория интерпретации событий 82 Теория научения
повторное переживание как условные
эмоциональные реакции 76 развитие/сохранение симптомов ПТСР 75-76 Теория процессов
обработки информации 78, 79. *См. также* Теория двойной репрезентации влияние ДПДГ 172-173
влияние экстремального события 217 модель «ускоренной переработки информации» 172-173

Терапия критических интеракций, цели 345-346 последовательность интервенций 345 Техники наводнения 80, 381
техники наводнения in vivo (НЖ) 91 техники наводнения в воображении (НВ) 91 Тироидная активация (повышенная) и ПТСР
106 Травма как процесс объективации 302 Травматический опыт вина выжившего 138 восстановление 29 достоверность воспоминаний 26 единичная, множественная травма 11, 131, 184,303 изначальный уровень дистресса, как предиктор ПТСР 69 медицинские службы 16 повторяющееся переживание 77 предсказательная функция 132, 138 как патогенная 212 ПТСР 63
как проблема для системы здравоохранения 31 распространенность 29-30 расстройства 7 устранение/минимизация посттравматических реакций 51 Тревожность
вскрывающая терапия 97 иерархия 80, 81 стратегия работы и ТУ С 81 Тренинг ассертивности (ТА) 381 и снижение тревоги 83 исследование 94-95 ограничение лечения 98, 387 уровень эффективности 384 Тренинг релаксации для лечения ПТСР 75, 83, 381 гипноз 309 исследования 94 уровень эффективности 384 ограничение лечения 98, 387 сочетание с техникой вскрывающей терапии 79-80 Тренинг управления стрессом (ТУС) 81, 381 исследования 93 ограничения 97 уровень эффективности 383 ограничение лечения 97, 386 сравнение вскрывающей терапии 90-92
Триада гипноз-диссоциация-травма 301-303
Трициклические антидепрессанты (ТА) и ПТСР 113 клинические исследования открытого типа и описание случаев 120-121 уровень эффективности 392
Уровень кортикотропинового релизинг-фактора (CRF) (повышенный) 105 123 Уровень эффективности См. Клиническое исследование проблемы/кодирование, Усиленная гипоталамо-гипофизарно-адре-нокортикальная негативная обратная связь и ПТСР 105 Участники боевых действий и ПТСР важность разделения опыта 232 ветеранские группы общения «гар groups» 192 ветераны войны 30 гипноз 321 доступные данные исследований 262-263 и рандомизированные клинические испытания 11 концепция военной усталости 317 концепция военных неврозов 321 лечение ингибиторами селективного обратного захвата серотонина 125-126 метод дебрифинга С.Л. Маршалла 51-52 метод оценки ПТСР 39 Миссисипская шкала для участников
боевых действий наркотерапия 321-322 подход, базирующийся на работе с травмой 240 снарядный шок и гипноз 320 сопротивление лечению 25 терапия пар 347-348
Фазы модели лечения травмы с применением гипноза 419-420
лечения травматических воспоминаний 306-309
аффективный мост 311 временная регрессия 310-311 проективные техники 309-310 релаксация 309 реструктуризация 310 сдерживание воспоминаний 311-312
личностной реинтеграции/реабилитации 312 духовный опыт 312
стабилизации состояния и снижения выраженности симптоматики 306

466

Фармакотерапия и ПТСР 125-126, 389-390, 393, 436-437 дети 140, 159

клиническое испытание 150 коморбидные расстройства 126 методы 106-108 обзор литературы 112-113

клинические исследования и описание случаев 113, 114-116 проблемы исследования 122-124 психотерапевтические подходы,

когнитивно-бихевиоральная терапия 99 результаты медикаментозного лечения,

114-116 современное состояние знаний, 22, 104-105

сочетание с психодинамическим лечением 233 цели лечения, снижение симптомов 14 этнокультуральный аспект 124

Эмоционально-фокусированная терапия пар, 346-347 девять шагов, 346-347 Эмоционально-процессуальная теория и ПТСР варианты 80

механизмы изменения к улучшению коррекция восприятия травматического события 78 проживание травмы в воображении 77, 80 патологические структуры страха 76-77