Развитие посттравматического стрессового расстройства как результат воздействия психологической защиты

ВВЕДЕНИЕ

Посттравматические стрессовые расстройства развиваются у лиц, которые пережили эмоциональный или физический стресс, являющийся в высшей степени травмирующим практически для каждого человека. Такие травмы могут возникать в сражениях, естественных катастрофах, при нападениях бандитов, изнасиловании и таких несчастьях, как пожар в доме. При этих нарушениях имеют место три основные особенности: переживание травмы вновь и вновь, во сне и в мыслях в бодрствующем состоянии; эмоциональная глухота ко всем остальным переживаниям в жизни, включая отношения с другими людьми, и сопутствующие симптомы в виде вегетативной лабильности, депрессии и когнитивных нарушений в виде трудности сосредоточить внимание.

В целом очень молодым и очень старым труднее справиться с травматизирующими событиями, чем людям, у которых травма возникает в середине жизни. Например, приблизительно у 80% детей, получивших ожоги, через 1 — 2 года после ожоговых поражений развивается посттравматическое стрессовое расстройство. С другой стороны, примерно только у 30% взрослых после ожогов развивается подобное расстройство. Вероятнее всего, у маленьких детей еще не развиты механизмы, позволяющие справиться с физическими и эмоциональными повреждениями, наносимыми травмой. Подобно этому, пожилые люди, так же как маленькие дети, имеют более ригидные механизмы борьбы с травмой и не могут применить достаточно гибкого подхода против ее воздействия. Более того, воздействие травмы может быть усилено физической инвалидностью, характерной для жизни стариков, особенно с нарушениями со стороны нервной и сердечнососудистой систем, например, снижением мозгового кровотока, ослаблением зрения, пальпитацией и аритмиями. Наличие психических отклонений в период, предшествовавший травме, расстройств личности или более серьезных нарушений увеличивает силу воздействия стрессора. Оказание социальной помощи также может влиять на развитие, тяжесть и продолжительность посттравматического стрессового расстройства. В целом больные, которым оказывается хорошая социальная помощь, менее подвержены развитию этого расстройства или же, если оно и развивается, то протекает в менее тяжелой форме. Более часто данное расстройство развивается у одиноких, разведенных, вдовствующих, экономически бедствующих или социально изолированных лиц.

Цель работы: рассмотреть развитие посттравматического стрессового расстройства как результат воздействия психологической защиты.

Цель достигается решением следующих задач:

1. Дать определение посттравматическому стрессовому расстройству.

2. Рассмотреть методы лечения посттравматического стрессового расстройства.

3. Показать различные подходы к изучению посттравматического стрессового расстройства.

Объект работы: психологическая защита, предмет – посттравматическое стрессовое расстройство.

бихевиоральный терапия стрессовый

# 1. ПОНЯТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления). Предиспонирующие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее. Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катастрофы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) долго считалось нормальной реакцией на анормальные события; оно расценивалось, преимущественно, как психологическое явление, для которого показано психотерапевтическое вмешательство. При таком традиционном представлении фармакотерапия в противовес психотерапии представлялась даже нежелательной, хотя в прошлом предполагалось, что отрицание и психологические защиты могут оказывать сильное подавляющее влияние на систему гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Современная концепция подчеркивает, что ПТСР – психобиологическое явление, затрагивающее нейробиологическую дисрегуляцию и психологическую дисфункцию, которая может быть изменена специфическим фармакотерапевтическим и психотерапевтическим вмешательством. В связи с этим достижения в нейробиологии ПТСР дают врачам надежду на разработку более специфичного и более эффективного фармакотерапевтического вмешательства ПТСР[[1]](#footnote-1).

В современном представлении ПТСР – это хроническое психическое расстройство, обусловленное психологическим дистрессовым событием, происходящим вне области нормального человеческого опыта. Ему подвержено приблизительно 8% всего населения, а женщины в 2 раза чаще отвечают критерию ПТСР, чем мужчины. Симптомы ПТСР подразделяются на три группы: вновь переживаемые (навязывание, избегание), оцепенение и гипервозбуждение. Хотя биологическая основа ПТСР изучена недостаточно, предполагается, что свой вклад в расстройство вносят изменения в серотонинергической и норадренергической системах и в системе гипоталамус-гипофиз-надпочечники. На сегодня не существует стандарта фармакологического лечения ПТСР, однако, применяются такие лекарства как трициклические антидепрессанты (TCAs), имипрамин, амитриптилин, дезипрамин и анксиолитик алпразолам, дающие только ограниченный результат. Ингибитор моноаминоксидазы, фенелзин, обладает преимуществом перед TCAs при лечении симптомов ПТСР, но его побочные эффекта и взаимодействие с иными группами лекарственных препаратов затрудняет его применение. При недавних исследованиях выявилась эффективность применения в лечении ПТСР серотонинергических антидепрессантов, таких как флуоксетин, пароксетин и нефазодон.

# 

# 2. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

## 

## 2.1 Общие принципы

Проявления **посттравматических стрессовых расстройств** (ПТСР) оказывают сильное влияние на психические функции пациентов и несомненно требуют лечения. В лечении ПТСР существенное место занимают как психофармакотерапия, так и психотерапевтические методы.

Основная цель работы с пациентами заключается в том, чтобы вернуть их на тот уровень функционирования, который имелся у них до травмы. Это не значит, что человек станет таким же, каким он был до травмы, чего часто хотят сами пациенты. Травма разрушила их имплицидную картину мира, поэтому им будут нужны некоторые дополнительные ресурсы Я или более гибкие поведенческие и когнитивные реакции, чтобы лучше противостоять стрессу при столкновении с травматическими переживаниями. Только в этом случае можно надеяться на то, что пациенты смогут справляться с будущими стрессами. Т.е. задача заключается в том, чтобы помочь индивиду встать на путь адаптивного разрешения травмирующих ситуаций.

Можно выделить четыре стратегии терапии, к которым могут быть сведены фактически все формы терапии **посттравматических стрессовых расстройств**:

1. Поддержка адаптивных навыков Я. Существует множество Я-поддерживающих аспектов терапии посттравматических стрессовых расстройств. Одними из наиболее важных являются позитивные терапевтические взаимоотношения. Необходимо обеспечить развитие терапевтического альянса, особенно если пациенту придется столкнуться с мучительными воспоминаниями и переживаниями. Разумное объяснение предстоящих терапевтических вмешательств дает пациентам чувство контроля над ситуацией, необходимое для поддержки нормального функционирования .

Существуют общие принципы использования терапевтических вмешательств. Цель терапии заключается в том, чтобы удержать индивида в оптимальных пределах между симптомами чрезмерного отвержения и чрезмерной навязчивости. Данные вмешательства могут использоваться для многих целей. Существует также ряд специфических терапевтических вмешательств, которые используются только для поддержки, например, уменьшение внешних требований и отдых, тренинг релаксации, систематическая десенсибилизация, образы, разговоры с самим собой, гипнотическое восстановление ресурсов, гипнотические Я-поддерживающие внушения и медикаментозное лечение.

2. Формирование позитивного отношения к симптомам. Лица, страдающие посттравматическими стрессовыми расстройствами, по определению, пережили событие, выходящее за рамки нормального человеческого опыта. Они испытывают реакции, которые им непонятны. Многие терапевтические системы явно или неявно помогают пациентам признать, что их реакции, учитывая экстремальные обстоятельства, нормальны. Эти стратегии имеют две основные цели:

• Предотвращение дальнейшей травматизации пациентов этими симптомами (другими словами, помощь в подавлении негативного цикла развития отклонения);

• Создание для пациентов такой атмосферы, когда они имели бы возможность использовать свои собственные ресурсы (которые иначе бы не использовались);

Терапевтические вмешательства, сосредоточенные на формировании позитивного отношения к симптомам, как правило, используют как аспекты Я-поддерживающих вмешательств, так и аспекты терапевтических вмешательств для изменения атрибуции смысла.

3. Снижение избегания. Практически все обсуждаемые терапевтические подходы основаны на снижении избегания как главной стратегии лечения. Избегание может происходить на нескольких уровнях:

• избегание аффектов или чувств (оцепенение);

• избегание воспоминаний о травмировавшем событии (амнезия);

• поведенческое избегание (фобические реакции);

• избегание обсуждения произошедшего.

Тенденция к избеганию столкновения с травмой и всем, что с ней связано, должна быть нейтрализована по двум причинам: во-первых, пациенты не могут переработать травматический опыт сами, в связи с тем, что они избегают все, связанное с ним, и поэтому этот опыт продолжает оставаться болезненным. Во-вторых, избегание само по себе становится проблемой, которая в дальнейшем обостряет ситуацию. Например, избегание может стать более генерализованным, оно может привести к нарушению общения с членами семьи и т. д.[[2]](#footnote-2)

4. Изменение атрибуции смысла. Поскольку атрибуция смысла травматической ситуации и реакций пациента на нее является составной частью расстройства, неудивительно, что одна из терапевтических стратегий должна изменить смысл, придаваемый травматической ситуации и ее последствиям. Для некоторых моделей (тренинг устойчивости к стрессу, семейная терапия, гипноз, психодинамическая терапия) существуют прямые терапевтические вмешательства, которые способствуют изменению смысла, придаваемого пациентом травматическому переживанию. Некоторые из этих вмешательств включают в себя интерпретацию, создание подобной ситуации, развитие теории исцеления, когнитивное переструктурирование, перемещения внимания с прошлого на будущее.

Имплицитные указания к изменению атрибуции существуют во всех терапевтических школах. Центральными темами являются следующие: возможность пациента вынести болезненные воспоминания и эмоции; развитие cамоэффективности; изменение образа себя.

Определяют еще одно атрибутивное изменение как обязательное условие эффективного разрешения посттравматических стрессовых расстройств выработать ощущение «контроля над травмой». Можно охарактеризовать это ощущение как общую конечную цель, к которой стремятся все терапевтические вмешательства.

## 

## 2.2 Метод М. Хоровитца

Одним из наиболее влиятельных и эвристичных подходов к объяснению и лечению ПТСР является концепция разрабатываемая M. Хоровитцем. Хотя многие авторы выступают против психоаналитически ориентированной терапии ПТСР, Хоровитц защищает динамический подход к лечению. Отличие его концепции от традиционного психоанализа состоит в синтезе с теорией переработки информации и когнитивным подходом к эмоциям.

Другой важной особенностью подхода М. Хоровитца является то, что, в отличие от большинства исследований терапии посттравматических стрессовых расстройств он не сосредоточен исключительно на ветеранах Вьетнама. Его внимание сфокусировано на жертвах преступлений (например, насилия, нападений, грабежей и т.д.), жертвах несчастных случаев, на людях, потерявших близких, и т.д. Этот подход может широко применяться к разнообразным группам пациентов с ПТСР. Кроме того, подход Хоровитца является концептуальной моделью, в рамках которой можно рассмотреть другие стратегии лечения и их применение.

Основываясь на классических и современных психоаналитических теориях травмы, Хоровитц уделяет основное внимание информационной перегрузке и неполной обработке информации («информация» включает идеи из внутренних и внешних источников, образы и аффекты). Травматический опыт является слишком значительным, чтобы быть немедленно переработанным, поэтому он откладывается из сознания, где он хранится в «активной форме памяти». Отвержение - оцепенение защищают Я от травматической информации. Обычно происходят вторжения (то есть идеи, образы, «эмоциональные атаки», компульсивное поведение, и т.д.), вызываемые внешними событиями. Колебание между отвержением - оцепенением и вторжениями продолжается до момента, пока информация не будет полностью переработана. Это естественный аспект переработки информации. Внимание сосредоточено скорее на выполнении переработки информации, чем на отреагировании и катарсисе. Хоровитц рассматривает вторжения как потенциальное облегчение переработки информации и защитные действия как продвижение постепенной ассимиляции травматического опыта. Существуют также неадекватные аспекты (вторжения могут подавлять пациента, а защитные маневры могут препятствовать переработке).

Следуя вышеупомянутому, Хоровитц выделяет прогрессивные стадии в реакции на массивный стресс:

Стадия I: массивный стресс - реакции плача и ошеломления;

Стадия II: избегание (отвержение и оцепенение);

Стадия III: период колебания (отвержение и оцепенение - вторжения);

Стадия IV: переход («переработка»);

Стадия V: интеграция («завершение переработки информации»).

Хоровитц подчеркивает, что переработка и интеграция травматического опыта - очень сложный процесс.

Центральный тезис подхода Хоровитца к лечению стрессовых расстройств - необходимость переработки информации (скорее, чем изменение характера), при этом основное внимание направлено на явления вторжения и отвержения - оцепенения. Колебания между отвержением - оцепенением и вторжениями как аспектами реакций на стресс дают основу общей стратегии лечения. Внимание Хоровитца сосредотачивается на характерных стилях (т.е., навязчивом и истерическом) переработки информации, что обеспечивает специфичность терапевтических подходов к разным типам пациентов[[3]](#footnote-3).

Рассмотрение трудностей пациента в терминах сверхконтроля (т.е., сильные тенденции к вытеснению, отвержению, оцепенению и т.д.) и недостаточности контроля (т.е., неудача в функционировании психологической защиты сопровождающаяся вторжениями) в различных психических системах требует соответствующих методов лечения и касается процессов контроля, переработки информации и эмоциональной переработки.

Для пациента в стадии отвержения - оцепенения, Хоровитц считает необходимым:

• сокращение контроля (например, интерпретация средств защиты, гипноз и наркотический гипноз, внушения, социальное воздействие, психодрама);

• изменение установок, создающих необходимость контроля;

• раскрывающие интерпретации.

Для пациентов в стадии повторяющихся вторжений в целях изменения процессов контроля необходимо:

• обеспечение внешнего контроля;

• присвоение терапевтом функций Я (то есть, организация информации);

• сокращение внешних требований и стимулов;

• отдых и релаксация;

• обеспечение моделями идентификации (например, посредством членства в группе);

• изменение поведения.

Целью этих вмешательств является облегчение переработки информации, а не увеличение или уменьшение контроля.

Относительно пациентов в стадии отвержения - оцепенения Хоровитц предлагает:

• поощрение отреагирования;

• поощрение ассоциации, речи, использование образов (а не точных слов) в воспоминаниях и фантазиях, введение в действие (например, проигрывание ролей, психодрама, арт-терапия);

• использование реконструкций.

Для пациента в стадии повторяющихся вторжений подходят следующие вмешательства:

• переработка и реорганизация (например, посредством разъяснения, воспитательно-интерпретационная работа и т.д.);

• укрепляющие контрастирующие мысли;

• устранение стимулов окружающей среды;

• использование медикаментов для подавления размышлений.

Как и прежде, целью является продолжение переработки травматической информации.

Для изменения эмоциональной переработки у пациентов в стадии отвержения - оцепенения применяют: катарсис, чтобы противодействовать бесчувственности и построение взаимоотношений (с акцентом на эмоциональном участии). Для пациентов в стадии повторяющихся вторжений применяется:

•поддержка;

• вызывание контрастирующих эмоций;

• использование медикаментов для подавления переполняющих эмоций;

• процедуры десенсибилизации;

• релаксация и биологическая обратная связь.

Хоровитц отмечает, что прогрессивное прохождение пациента через различные стадии изменяет приоритеты и цели терапии, что, в свою очередь, вызывает изменения в методах.

Приоритет I. Когда пациент переживает внешнее стрессовое событие, цели лечения заключаются в:

• защите пациента;

• удалении пациента от воздействующего события;

• устранении внешнего события.

По существу, воздействие стрессора уже сокращено или устранено. В ситуациях войны это может заключаться в возвращении пациента с фронта. Как бы то ни было, в большинстве случаев стрессогенное событие будет закончено до лечения.

Приоритет II. Если пациент испытывает колебания от отвержения - оцепенения к повторяющимся вторжениям на слишком высоком уровне нужно:

• попытаться сократить амплитуду колебания до толерантного уровня;

• поддержать пациента эмоционально и интеллектуально;

• отобрать и применить соответствующие методы .

Приоритет III. Если пациент «застыл» в стадии отвержения - оцепенения или в стадии повторяющихся вторжений, терапевт должен помогать в точной «дозировке» переживания, то есть помогать пациенту разделить переживание на соответствующие маленькие и поэтому потенциально интегрируемые информационные единицы. Для этого используются соответствующие техники, из перечисленных выше.

Приоритет IV. Когда пациент способен вынести эпизоды повторяющихся вторжений, его целью становится «переработка». На это направленно вовлечение травматического стрессора в подробный умозрительный и эмоциональный анализ, а также в объектные отношения и образ себя.

Приоритет V. Началом завершения переработки информации можно считать появление у пациента способности к переработке идей и эмоций, относящихся к событию.

Хоровитц предупреждает, что различные «комплексы» (то есть, различная информация, связанная с различными аспектами исходного стрессора) могут прогрессировать независимо друг от друга, производя сложную клиническую картину. Терапевт должен обратить внимание на эту возникающую в результате сложность[[4]](#footnote-4).

Анализируя пациентов с истерическим стилем переработки информации, Хоровитц выделяет следующие характерные для этих пациентов черты: глобальное внимание, неясная и неполная представленность идей и чувств, частичные и непрямые ассоциативные линии, привлекающее внимание поведение, постоянно меняющиеся настроения и эмоции, непостоянные отношения, повторяющиеся, стереотипные и импульсивные взаимоотношения и драматический стиль жизни. Хоровитц выделяет несколько истерических когнитивных способы избегания нежелательных мыслей:

• избегание представления;

• избегание интермодального перевода;

• избегание автоматических ассоциативных связей; избегание сознательных мыслей о решении проблемы;

• изменение отношения к себе от активного к пассивному (и наоборот);

• изменение состояний сознания (например, изменение иерархии желаний и страхов, смешение реальности и фантазии, диссоциация конфликтующих отношений, избегание активности в мыслях и действиях и т.д.).

Чтобы помочь истеричному пациенту в переработке информации травматического события, Хоровитц предлагает терапевтические тактики для различных стилистических дефектов, относящихся к разным психическим функциям (т.е. функции перцепции, представления, мультимодального перевода, ассоциации и решения проблем).

Они включают:

• выяснение деталей демонстрируемого пациентом глобального и избирательного отсутствия внимания (функция перцепции);

• поощрение отреагирования и стимулирование реконструкции образов от расплывчатых к более точным (функция представления);

• поощрение пациента к разговору (и обеспечение вербальными штампами), если способность пациента к переводу образов и действий в слова ограничена;

• поощрение пациента к разговору, повторам и дополнительным пояснениям, в тех случаях когда подавление и неправильные интерпретации, вмешиваются в ассоциативные функции пациента;

• интерпретации и направление фокуса на тему, где пациент быстро и легко приходит к решению проблемы;

• обеспечение поддержки, когда темы избегаются из-за переполняющих эмоций (функция решения проблемы).

Пациентов с навязчивым стилем переработки информации объединяет детальное и острое внимание к подробностям, ясное представление мыслей, скудная представленность эмоций, смещения в организации и спутанность мыслей (скорее, чем следование одной ассоциативной линии), избегание завершения и принятия решений, сомнения и беспокойства, продуктивность и/или промедление, концентрация на одной идее, интеллектуализация, напряжение, ригидность, рутинные межличностные взаимоотношения, доминирование суперэго. Для переработки травматической информации в навязчивом стиле Хоровитц предлагает:

• требование общих впечатлений вместо чрезмерно детального и фактического восприятия;

• требование эмоциональных переживаний;

• связывание эмоциональных и мыслительных значений вместо отделения идей от эмоций (функция представления);

• фокусирование внимания на образах и чувственных реакциях нежели на мыслительных аспектах информации (функция вербализации);

• интерпретация защитных операций ;

• интерпретации промедления из-за бесконечного размышления (функция решения проблем).

Главное в лечении пациентов навязчивого типа - помочь сосредоточиться на определенной части информации так долго, чтобы можно было извлечь, отнести к какой-то категории и интегрировать ее эмоциональный аспект. Такое непрерывное внимание облегчает переработку информации. Терапевт добивается этого путем работы в более медленном темпе, чем у пациента, подчеркивая конкретное, а не абстрактное.

Необходимо отметить, что кроме отмеченных выше приемов и стратегий, используемых при лечении посттравматических стрессовых расстройств, представители самых разных психотерапевтических школ в своей практической работе активно используют методические приемы бихевиоральной терапии.

## 2.3. Бихевиоральная терапия

В литературе обсуждаются четыре основных бихевиориальных метода для индивидуального лечения посттравматических стрессовых расстройств:

• имплозивная терапия и поток образов;

• систематическая десенсибилизация;

• репетиция поведения;

• тренинг устойчивости к стрессу.

Наиболее общей формой бихевиориального лечения, описанного в литературе, является имплозивная терапия или поток образов. Смысл терапии состоит в повторении образных представлениях травматического для пациента события до тех пор, пока эпизод не перестанет вызывать высокого уровня беспокойства. Целью процедуры является сокращение избегания травматических воспоминаний и вызываемого ими беспокойства.

В литературе были описаны различные процедуры, использующиеся при работе с пациентами с посттравматических стрессовых расстройств. Например, в предложенной Кеане процедуре имплозивной терапии выделяют три стадии:

Стадия I: Тренинг релаксации. Пациент с ПТСР обучается прогрессивной мышечной релаксации. Пациент сначала учится релаксации через напряжение-расслабление шестнадцати мышечных групп, затем напряжение как часть процесса снимается. В итоге, тренинг приводит к тому, что ключевые слова (например, «тяжелый, свободный и теплый») вызывают реакцию релаксации. Пациента поощряются заниматься дома. Тренинг релаксации повышает возможности пациента к представлению эпизода травматического события и уменьшает беспокойство, вызываемое этим представлением на стадии III. Тренинг релаксации обычно проводится приблизительно четыре сеанса.

Стадия II: Тренинг приятных образов. После получения реакции релаксации, пациента обучают представлению приятных образов. Этим преследуются две цели: приятные образы способствуют релаксации и позволяют терапевту определить способности пациента к работе воображения.

Стадия III: Эта стадия состоит из ряда фаз:

Развитие иерархии травматических воспоминаний. Пациента просят идентифицировать свои травматические воспоминания. Если было более одного травматического переживания, различные травмы должны быть иерархически упорядочены, от менее болезненных к более болезненным. Если была только одна травма с множеством эпизодов, тогда должна быть сконструирована иерархия эпизодов.

Оценка стрессовых воспоминаний. Каждое воспоминание субъективно оценивается по шкале от 1 до 10 (1 - не вызывающее беспокойства, 10 - вызывающее наибольшее беспокойство). При наличии более одного воспоминания, терапия должна начинаться с самого легкого.

Релаксация. Перед представлением травматических воспоминаний на сеансах пациент должен расслабиться, используя навыки прогрессивного мышечного расслабления. Это увеличивает возможности воображения пациента и устраняет мысли, не связанные со стоящей перед ним задачей.

Воссоздание эпизода. Как только пациент расслабился, терапевт использует ключевые стимулы (визуальные, слуховые, тактильные и обонятельные) для воссоздания в воображении пациента травматического эпизода. Взаимодействие с пациентом по поводу деталей эпизода создает наиболее реалистичный образ в сознании пациента.

Представлении травматических ключевых раздражителей. После воссоздания эпизода терапевт проводит пациента через травматическое событие. Это должно сопровождаться поддержкой пациента. Постоянное взаимодействии с пациентом позволяет максимально представить детали события. Особое внимание должно быть сосредоточено на факторах, вызывающих наибольшее беспокойство.

Представление дополнительных ключевых раздражителей. Терапевт, должен помочь пациенту вспомнить две категории дополнительных ключевых раздражителей. Во-первых, это ключевые раздражители представляющие собой нежелательные мысли, чувства или образы пациента, которые ассоциируются с травматическим событием. Эти ключевые раздражители являются когнитивной реакцией пациента на событие и могут включать такие чувства, как вина, гнев и печаль. Второй категорией являются гипотетические ключевые раздражители, которые включают страхи перед телесным повреждением, смертью, агрессивным поведением, наказанием за неправильные действия, неприятием. Доказано, что гипотетические ключевые раздражители относятся к основным свойствам, обуславливающим первоначальную травму, и поэтому являются причинами многих трудностей пациентов (например, межличностные проблемы, страх перед бурным проявлением чувств, страх перед неприятием и т.д.)[[5]](#footnote-5).

Разрушение эпизода. Посредством процедуры потока образов терапевт добивается снижения субъективной оценки дистресса, то есть через несколько сеансов снижается беспокойство, вызванное этим эпизодом. В ситуациях с более чем одним травматическим воспоминанием работа со следующим в иерархии травматическим событием начинается только тогда, когда беспокойство, вызываемое предыдущим в иерархии событием, снижено.

Заключительный сеанс. В конце сеанса снова используется релаксация. Также может последовать обсуждение сеанса.

Работа с каждым травматическим воспоминанием продолжается до того момента, пока уровень вызываемого им беспокойства не становится очень низким.

Систематическая десенсибилизация использовалась при лечении различных симптомов, обычно обнаруживаемых при ПТСР. Большинство литературы по этому вопросу посвящено специфике лечения связанных с войной переживаний. Однако, систематическая десенсибилизация может быть применена ко всем группам пациентов с ПТСР.

Репетиция поведения используется для лечения серьезных посттравматических реакций у жертв лобовых транспортных столкновений . Как правило план лечения, состоит из двух фаз: тренинг релаксации и следующая за ним репетиция поведения. Так, пациентка, испытывающая чувство страха после несчастного случая на дороге прошла курс релаксации. Репетиция поведения состояла в двухнедельном курсе вождения на специальном участке трассы.

Тренинг устойчивости к стрессу (ТУС) был разработан Михенбаумом как интегральный подход когнитивно-бихевиоральной терапии. С теоретической точки зрения, ТУС сосредоточен на разработке правил личностной ответственности и активности в противостоянии стрессовым событиям, параллельно с уменьшением чувства беспомощности и разрушением атрибуций пассивной жертвенности. Поэтому ТУС предлагается как подходящий метод для работы с ПТСР.

ТУС делится на три фазы:

• концептуализация,

• приобретение навыков и репетиция;

• применение и подтверждение.

В фазе концептуализации основное внимание уделяется обучению как форме сотрудничества. Одним из факторов, усиливающих симптомы ПТСР, является не готовность пациентов к трудностям, именно поэтому важно внушить пациентам непригодность реакции полной невосприимчивости к травме. При сборе данных в ТУСе особенно важна реконструкция на основе образов. Клиентов просят вернуться к травматической ситуации и мысленно представить ее. Детали скрытых образов могут привести к более полному пониманию ключевых раздражителей, атрибуций и идеосинкразических переживаний, которые являются важными аспектами травмы. «Образы» должны быть максимально детализированными в визуальной, слуховой, кинестетической и обонятельной модальностях. Внутренние установки, атрибуции и оценки дают важный материал для лечения.

Во второй фазе ТУСа проводится различение инструментальных и паллиативных приспособительных навыков.

Инструментальное приспособление это действия, которые служат удовлетворению требований окружающей среды или изменению стрессовых ситуаций и взаимодействий, а паллиативным приспособлением является наиболее приемлемое реагирование в неизбежных стрессовых ситуациях, когда инструментальное приспособление невозможно.

Это разделение особенно важно, поскольку терапевт, а тем более пациент, должны понимать, что боль и стресс неизбежны. В любом случае травматическая ситуация уже в прошлом и ее повторение маловероятно. У пациентов остаются симптомы, против которых есть всего несколько инструментальных навыков приспособления. Например, для жертв преступлений неразумно полностью избавиться от воспоминаний о пережитом и от чувства страха. Важно иметь соответствующие паллиативные навыки приспособления для таких случаев. Примером паллиативного навыка может служить восстановление уверенности в собственных силах и реакции релаксации. Примером инструментального приспособительного навыка является обучение карате для противостояния возможному в будущем насилию.

В первой фазе лечения жертв изнасилования клиентам дается разумное объяснение ТУСа. Женщинам внушали, что их реакции и их проявления (поведенческие, когнитивные и физиологические) нормальны. Обсуждались также феномены реакции страха.

Навыки включают мышечную релаксацию, контроль дыхания, проигрывание роли, скрытое моделирование, мысленную блокировку и контролируемый диалог с собой. В конце каждого сеанса дается домашнее задание, заключающееся либо в практике приспособительных механизмов применительно к ежедневным стрессорам, либо в выполнении приближения к обоснованному страху ( в данном случае к страху перед изнасилованием ).

Существует множество трудностей, связанных с лечением ПТСР. Эти проблемы становятся более очевидными, если травма очень серьезна, нарушения приняли хроническую форму или при откладывании лечения. Первичные и вторичные симптомы расстройства, которые достаточно укрепились, могут представлять существенные трудности. Ошибки в процессе диагностики, особенно свойственные терапевту, также затрудняют лечение. Кроме того, в практике работы с пациентами часто отмечают такие трудности как:

• нежелание пациента общаться с терапевтом;

• боязнь, что никто не сможет верно понять травматический опыт;

• трудности в межличностных отношениях;

• чувство обиды по отношению к власти;

• мощные реакции переноса;

• злоупотребления лекарствами и наркотиками;

• интенсивное психическое оцепенение;

• ослабленная Я-концепция;

• глубокое чувство вины и стыда;

• страх потерять контроль.

Часто отмечают трудности лечения ветеранов войны, возникающие из-за терапевта, которые также могут быть общими для всех типов ПТСР:

• восприятие пациентов «злодеями» или виновниками травмы;

• восприятие пациентов «жертвами»;

• трудности противостояния чувству собственной уязвимости;

• поиск «фатального порока» в пациенте (который объяснил бы, почему пациент стал жертвой травмы, и которого не было бы у терапевта).

В заключении необходимо отметить, что проблема психотерапии пациентов с ПТСР требует своей дальнейшей разработки. В первую очередь, это связано с отмечаемой многими авторами проблемой эффективности различных форм терапевтического вмешательства, а во-вторых, с культурными и национальными особенностями.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эпидемиология посттравматического стрессового расстройства естественно очень разнообразна у множества людей, испытавших тяжелые страдания и переживших травматизирующие ситуации. После разрушительного несчастья у 50-80% лиц, оставшихся в живых, может развиться этот синдром. Частота посттравматических стрессовых расстройств составляет в целом 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин; это расстройство может наблюдаться также и у детей. Для мужчин травмой обычно являются переживания, перенесенные в сраженьях, а тяжесть синдрома обусловливается степенью травмы. У женщин травмой чаще всего является нападение и изнасилование. Хотя посттравматическое стрессовое расстройство может появиться в любом возрасте, учитывая природу ситуаций, вызывающих это расстройство, оно чаще бывает в молодом возрасте.

Основными этиологическими факторами этого расстройства являются стрессоры, социальное окружение стрессора и жертвы, а также особенности характера и биологическая предрасположенность жертвы. Чем тяжелее стрессор, тем у большего числа людей он обусловил этот синдром, и тем тяжелее будет протекать расстройство. Когда травма является сравнительно легкой, например, автокатастрофа без смертельных исходов, посттравматический стресс развивается у меньшего числа людей. Если пациент принадлежит к группе лиц, вместе с ним переживших травму, он иногда лучше справляется с ней, так как другие разделяют его переживания.

Это расстройство не должно диагностироваться, если нет доказательств, что оно возникло в течение 6 месяцев от тяжелого травматического события. «Предположительный» диагноз возможен, если промежуток между событием и началом более 6 месяцев, но клинические проявления типичны и нет никакой возможности альтернативной квалификации расстройств (например, тревожное или обсессивно-компульсивное расстройство или депрессивный эпизод). Доказательства наличия травмы должны быть дополнены повторяющимися навязчивыми воспоминаниями о событии, фантазиями и представлениями в дневное время. Заметная эмоциональная отчужденность, оцепенение чувств и избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминания о травме, встречаются часто, но не являются необходимыми для диагностики. Вегетативные расстройства, расстройство настроения и нарушения поведения могут включаться в диагноз, но не являются первостепенно значимыми.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волошин В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. – М., 2001.

2. Ениколопов С. Посттравматическое стрессовое расстройство: некоторые проблемы. – М., 2005.

3. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. – М., 1994.

4. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты). – М., 1997.

5. Фелинская Н.И. О структуре и динамике реактивных психозов. – М., 1996.

1. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты). – М., 1997. – С. 136. [↑](#footnote-ref-1)
2. . Волошин В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. – М., 2001. – С. 154. [↑](#footnote-ref-2)
3. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. – М., 1994. – С. 216. [↑](#footnote-ref-3)
4. Ениколопов С. Посттравматическое стрессовое расстройство: некоторые проблемы. – М., 2005. – С. 174. [↑](#footnote-ref-4)
5. Каплан Г.И. Клиническая психиатрия. – М., 1994. – С. 117. [↑](#footnote-ref-5)