**Систематическая десенсибилизация –** метод, направленный на то, чтобы пациент с ПТСР, имеющий поведение в виде избегания, создал в своём воображении иерархию вызывающих тревогу образов (от наименее до наиболее пугающих). Он должен оставаться на каждом уровне иерархии до тех пор, прока тревога не исчезнет. Когда процедура проводится в условиях реальной, а не воображаемой жизни, такой метод называется градуированной экспозицией. Эта техника используется в сочетании с положительным подкреплением, воздействует на вызывающие тревогу факторы и ликвидирует дезадаптивное поведение посредством исключения негативных последствий. Иерархическая конструкция часто используется в сочетании с методиками релаксации, поскольку установлено, что тревога и релаксация исключают друг друга — это приводит к отрыву представляемых образов от тревожных ощущений (взаимное торможение).

**Нагнетание вызывающих тревогу факторов.** Метод, при котором пациент непосредственно подвергается воздействию вызывающих наибольшую тревогу факторов. В случае если данный метод основывается на противопоставлении воображаемой и реальной жизни, он называется имплозией. Метод нагнетания вызывающих тревогу факторов считается наиболее эффективным методом поведенческой терапии для лечения, при условии, что пациент может выдерживть связанную с терапевтическим воздействием тревогу.

**Когнитивная терапия**

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий, и изменение оценки этих событий, следовательно, должно вести к изменению эмоционального состояния пациента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. Устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее, путем оспаривания их уместности.  
**Когнитивная терапия** основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Дезадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным искажениям или ошибками в мышлении. Эта теория ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок, направленных на самозащиту. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15-20 сеансов, проводящихся около 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искажённые представления и установки. Домашнее задание заключается в следующем: пациентов просят написать, что они чувствуют в определённых стрессовых ситуациях (таких, как «я несовершенен» или «никому до меня нет дела») и определить частично неосознаваемые, лежащие в их основе предположения, которые провоцируют появление негативных установок. Такой способ называется распознаванием и коррекцией непроизвольных мыслей.

### Психодинамическая психотерапия

Поэтому коррекция в этом психотерапевтическом направлении состоит в исследовании системы ценностей и потребностей человека и того, как поведение и опыт травматической ситуации нарушило их; в разрешении возникших в связи с этим сознательных и бессознательных конфликтов; в переводе разрушительной энергии в созидательную в атмосфере понимания, принятия и эмоционального комфорта.  
Выведение вытесненных событий на уровень сознания, их эмоциональное отреагирование, освобождает человека от систематической амнезии, связанной с тенденцией избегать определенных негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются проективные методики.  
Работа также направлена на восстановление самоуважения и самообладания, развитие здорового уровня личностной ответственности, восстановлении целостности «Я».

**Логотерапия** занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Травма нарушает привычный ход жизненного пути, деформирует жизненный мир и создает ощущение потери смысла жизни. Специфической сферой применения логотерапии являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика сократовского диалога, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Проблема ответственности – узловая проблема логотерпии: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникального смысла собственного существования. При этом важно помнить, что вовлеченность в жизнь – самое эффективное средство против бессмысленности: обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить. Эти формы вовлеченности обогащают человека и являются мощнейшим противовесом ощущению утраты смысла жизни.

**Групповая психотерапия**

Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях. Принципиально, групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличии от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия (точно также, как и индивидуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориентаций, которые и определяют ее своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приемов и др.  
Групповую психотерапию отличают от психотерапии в группе и коллективной психотерапии. Последние предполагают, по сути дела, использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов (гипноз, аутогенная тренировка, убеждение, переубеждение и др.). В этом случае психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, однако не использует систематически в лечебных целях взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между пациентами в группе.

**Интегративная трансперсональная психотерапия (ИТП)** – новое авторское направление групповой психотерапии, в основе которого лежит интеграция элементов дыхательных техник (холотропной терапии, ребёфинга, вайвэйшн), телесноориентированной терапии, арттерапии и психосинтеза, которые взаимодополняют и потенцируют друг друга, что позволяют вести работу на глубинном уровне, «обойти» механизмы психологической защиты и добиться отреагирования на телесном и эмоциональном уровне, не выводя в сознание психотравмирующую ситуацию.

### Кататимно-имагинитивная психотерапия

Кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) – широко распространенный за рубежом (в Германии, Австрии, Швейцарии и др. странах), но до сих пор мало известный у нас метод психотерапии, называемый иначе «метод сновидений наяву». Преимуществом данной системы является ее глубокая теоретическая проработка и детальная разработка всего комплекса психотерапевтических действий. Метод Кататимного переживания образов (КПО) оказался клинически эффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности.   
По данным многочисленных исследований, среди нервно-психических расстройств, отмечаемых у участников военных действий, доминирующее положение занимают пограничные расстройства (невротические состояния в 52,8%).

С технической точки зрения, метод основан на том, что у лежащего в расслабленном состоянии на кушетке или удобно сидящего в кресле пациента психотерапевт может вызывать похожее на сновидения наяву представление образов – имагинации. Если предварительно задать некоторый неопределенный мотив представления, то это получается значительно легче. Пациента просят сразу же сообщать сидящему рядом с ним психотерапевту о содержании появляющихся образов. Психотерапевт может оказать на них влияние и структурировать сновидения наяву в соответствии со специально разработанными правилами.

### Метод «десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ)

Оригинальный психотерапевтический метод ДПДГ был разработан Ф. Шапиро (США) в 1987 году и с этого времени с успехом применяется для лечения посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также лиц, страдающих фобиями, паническими и диссоциативными расстройствами. С первых лет своего использования ДПДГ обнаружил высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР.  
В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма – адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травматической информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях травматические воспоминания и связанные с ними представления, аффективные, сомато-вегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в ЦНС в форме, обусловленной пережитым состояниям. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии (Shapiro, 1994). В результате, негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сна). (Shapiro,1989; Neilsen,1991). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки (Pearlman,1992; Winson,1993). Повторные ночные кошмары с пробуждениями весьма характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный материал остается непереработанным (Ross et аll.,1990).  
Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер.  
ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо, как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у больных наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16, а продолжительность каждого из них составляет от 60 до 90 минут. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю.

При любом напоминании о психотравме переживания оживают с прежней остротой, серьезно нарушая душевное и физическое состояние человека. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволят мозгу перерабатывать травматический опыт.

Задача психотерапевта – вызывать у пациента движения глаз от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, но избегая при этом появления чувства дискомфорта. Обычно, два пальца руки психотерапевта используют, как точку фокусировки взгляда пациента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально с ладонью обращенной к пациенту на расстоянии 30–35 см от его лица. Далее, пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая пациенту направление движений глаз. Таким образом, подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука и т.п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что пациенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или непроизвольные движения), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль движений глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.  
Обычно, в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 движений глаз (туда и обратно – 1 движение). В зависимости от конкретной реакции пациента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 движений, а при возникновении эмоционального отреагирования – до еще большего числа.  
Для пациентов с повреждением зрения или считающих движения глаз дискомфортными, с достаточным эффектом используются альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуки). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серий движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенных кверху ладоням пациента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха пациента.  
Для снижения уровня беспокойства пациентов перед началом переработки, во время и между сеансами, полезно обучить их **технике «Безопасное место»**. Пациенту предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт суггестирует усиление воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция пациента может быть усилена, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить пациенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т.п.) и повторять их про себя, соединяя с соответствующими им картинами, звуками и ощущениями. При этом отмечается чувство полной безопасности, которое подкрепляется психотерапевтом дополнительными суггестиями и проведением 4–6 серий движений глаз. В последующем, при необходимости снизить эмоциональное напряжение, пациент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.