

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА¹

© 2001 г. Е. С. Калмыкова*, Е. А. Миско**, Н. В. Тарабрина***

*Канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. психологии посттравматического стресса и психотерапии, ИП РАН, Москва

**Мл. науч. сотр., там же

***Канд. психол. наук, зав. лаб., там же

Обсуждаются вопросы эпидемиологии, диагностики и психотерапии посттравматического стрессового расстройства. Приводится обзор основных подходов к психотерапевтическому лечению таких расстройств. Анализируются предпосылки успешного психотерапевтического взаимодействия и трудности в работе с пациентами, обусловленные спецификой данного психического нарушения.

Ключевые слова: психическая травма, психодинамическая психотерапия, посттравматическое стрессовое расстройство, когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Интерес к изучению посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) повышается одновременно с увеличением числа антропогенных катастроф и “горячих точек” в различных регионах планеты, тяжких преступлений, связанных с насилием против личности. Интенсивность воздействия подобных событий на психику иногда оказывается столь велика, что личностные особенности уже не играют существенной роли в генезе ПТСР, понимаемого как затяжная или отсроченная по времени реакция человека на пережитые ситуации, сопряженные с насилием, угрозой жизни и катастрофами. Больные ПТСР могут попасть в поле зрения врачей различного профиля, поскольку его психологические проявления, как правило, сопровождаются психосоматическими нарушениями. Общие закономерности возникновения и развития ПТСР не зависят от того, какие конкретные травматические события послужили причиной психологических и психосоматических нарушений. Имеет значение лишь то, что эти события носили экстремальный характер, выходящий за пределы обычных человеческих переживаний, и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности.

Распространенность ПТСР среди популяции зависит от частоты травматических событий. Так, можно говорить о травмах, типичных для определенных политических режимов, географических регионов, в которых особенно часто происходят природные катастрофы, и т.п. В 90-е годы показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствова-

ли 1–2% [15], то в недавних исследованиях, опубликованных в США, 7.8%, причем имеются выраженные половые различия (10.4% для женщин, 5.0% для мужчин)². Так, в работе Kessler et al. [27] приведены следующие статистические данные (см. табл. 1).

Анализ результатов эпидемиологических исследований показывает, что подверженность ПТСР коррелирует с определенными психическими нарушениями, которые либо возникают как следствие травмы, либо присутствуют изначально. К числу таких нарушений относятся: невроз тревоги; депрессия; склонность к суицидальным мыслям или попыткам; медикаментозная, алкогольная или наркозависимость; психосоматические расстройства; заболевания сердечно-сосудистой системы. Данные свидетельствуют о том, что у 50–100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из перечисленных сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более [17]. Кроме того, у пациентов с ПТСР особую проблему представляет высокий показатель самоубийств или попыток самоубийств.

В терапии ПТСР различаются психотерапевтический, психофармакологический и реабилитационный аспекты. Скажем несколько слов о двух последних аспектах, поскольку в дальнейшем будут детально обсуждаться различные психотерапевтические формы лечения. Психофармакологическая терапия определяется особенностями клинической картины, ведущими в данный мо-

¹ Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (грант № 00-06-80.65а).

² Различия между старыми и новейшими данными объясняются, возможно, главным образом тем, что к настоящему моменту разработаны методы опроса, дающие более достоверные результаты.

мент психопатологическими симптомами; устраняя наиболее острые из них, психофармакотерапия облегчает проведение психотерапии и реабилитационных мероприятий. Последние предполагают наличие социальной поддержки со стороны общества, в первую очередь наиболее близких людей, восстановление прежнего социального статуса, возможность обеспечения себе прочного материального положения.

Лечение ПТСР психотерапевтическими методами представляет собой неотъемлемую часть общевосстановительных мероприятий, поскольку необходимо осуществить реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической деятельности. При этом психотерапия направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. К настоящему времени разработаны конкретные дифференцированные методы работы с травмированными пациентами, эффективность которых поддается объективной оценке; важно, однако, своевременно и верно диагностировать наличие у пациента ПТСР. В связи с этим в психотерапевтической практике большое внимание уделяется симптоматике в целом и непосредственным проявлениям разнообразных психических расстройств при ПТСР, их взаимосвязи с преморбидными структурами.

В 1980 г. ПТСР было включено в DSM-III [7] – американский классификационный психиатрический стандарт, подготовленный Американской психиатрической ассоциацией, и с тех пор прочно заняло свое место среди неврозов страха. Согласно DSM-IV [8], считается, что пациент пережил травматическое событие, если выполняются одновременно два условия:

1. Человек пережил или наблюдал одно или более событий, в которых с ним или с другими людьми произошло следующее: возникла угроза смерти, потенциальная или реальная; смерть другого человека; серьезное ранение или угроза получения инвалидности.

2. Человек реагировал на это интенсивным страхом и чувством беспомощности [7, 8].

Важнейшие клинические симптомы ПТСР, согласно тому же DSM-IV, таковы: 1) непроизвольное вторжение повторяющихся переживаний травматического события – в виде воспоминаний, сновидений, внезапно возникающего аффекта страха, иллюзий, галлюцинаций, диссоциативных эпизодов (так называемых флэшбэков); 2) избегающее поведение и общая эмоциональная глухота – попытки избавиться от мыслей, ассоциаций, неспособность вспомнить важные моменты травматического события, снижение общего интереса к жизни, чувство отчуждения от друзей и близ-

Таблица 1. Частота различных травм и последующего развития ПТСР (без учета половых различий) в репрезентативной американской выборке

Характер травмы	Частота травмы, %	Частота развития ПТСР, %
Изнасилование	5.5	55.5
Сексуальное домогательство	7.5	19.3
Война	3.2	38.8
Угроза применения оружия	12.9	17.2
Телесное насилие	9.0	11.5
Несчастные случаи	19.4	7.6
Свидетель насилия, несчастного случая	25.0	7.0
Пожар/стихийное бедствие	17.1	4.5
Плохое обращение в детстве	4.0	35.4
Пренебрежение в детстве	2.7	21.8
Другие угрожающие жизни ситуации	11.9	7.4
Другие травмы	2.5	23.5
Наличие какой-либо травмы	60.0	14.2

ких, ограниченная возможность испытывать разнообразные эмоциональные переживания, чувство укороченного будущего; 3) постоянное физиологическое сверхвозбуждение – нарушение сна, раздражительность, трудность концентрации внимания, сверхнастороженность, преувеличенная реакция на неожиданный раздражитель.

Все эти симптомы возникают вскоре после окончания периода стресса, но могут быть отсрочены на период до шести месяцев и более. При хроническом течении ПТСР чувство неспособности к деятельности, отчаяния или безнадежности, раздражительность и вспышки гнева, эпизоды агрессивного поведения, ослабление взаимосвязи с другими людьми могут привести к социальной дезадаптации, проявляющейся в разрушении семейных и дружеских связей, утрате способности к систематической профессиональной деятельности, выключенности из общественной жизни.

Различение групп симптомов важно для оказания адекватной психотерапевтической помощи: при преобладании, например, фобических симптомов избегания техника прямых конфронтаций может дать лучшие результаты, тогда как при доминировании чувства эмоциональной оглушенности более действенным оказывается когнитивное переструктурирование (см. ниже).

С момента первого описания ПТСР были проведены исследования, направленные на выяснение взаимосвязи симптомов. Решение этого вопроса необходимо для того, чтобы достоверно различать психологические последствия воздействия травмы от других давно известных нарушений, например депрессии или разнообразных состояний тревоги. Многочисленные работы поз-

воляют с уверенностью утверждать, что при травмах различного происхождения обнаруживаются все три группы симптомов, будь то жертвы нападений, природных катастроф, насилия, участники военных действий и т.д. [16]. Данные исследований показали также, что имеет смысл “разводить” симптомы избегания и эмоциональной глухоты, которые прежде принадлежали к одной группе; первые имеют характер фобий, вторые включают в себя широкий спектр негативных аффектов.

Симптомы ПТСР проявляются, как уже упоминалось, в течение нескольких месяцев с момента травматизации; в первые дни и часы после травмы часто преобладает психологический шок или состояние острого стресса. В значительном количестве случаев затем наступает спонтанное излечение: в течение 12 месяцев после травмы одна треть пострадавших избавляется от симптомов стресса и постстрессового расстройства, а спустя четыре года после травматизации у половины пострадавших наблюдается полное отсутствие жалоб [27]. Эти данные заставляют задаться вопросом: насколько неизбежно развитие ПТСР, каковы факторы, детерминирующие его возникновение? В настоящее время можно выделить три тенденции объяснения формирования ПТСР: (а) с точки зрения теорий научения; (б) с точки зрения изменения когнитивных схем и дисфункциональных когниций; (в) биологический подход.

Эти подходы, объясняющие развитие и функционирование ПТСР, вполне совместимы и успешно дополняют друг друга. Теория научения и когнитивный подход, будучи психологическими концепциями, не дают объяснения симптомам сверхвозбуждения и другим психофизиологическим изменениям при ПТСР, тогда как биологические воззрения на природу посттравматического стресса призваны восполнить этот пробел. Для ответа на вопрос, почему лишь у части людей, подвергшихся травматизации, проявляются психологические симптомы посттравматического стресса, предлагается также этиологическая мультифакторная концепция, разрабатываемая А. Мэркером [35]. В этой концепции выделяются три группы факторов, сочетание которых приводит к возникновению ПТСР:

– *факторы, связанные с травматическим событием*: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность;

– *защитные факторы*: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания; так, в работах [38, 39] показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и реже обращаются к врачам (какого бы то ни было профиля);

– *факторы риска*: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкий социоэкономический уровень.

Согласно этой мультифакторной концепции, психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению совладающих механизмов. Целью психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти происшедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии пациента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ “Я”) [48].

Иными словами, психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим. При этом отмечается, что терапевтические отношения с пациентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта – недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть – имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом. Работа с травмами порождает и интенсивные эмоциональные реакции у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

Наиболее распространенными методами лечения ПТСР являются групповая, когнитивно-поведенческая и индивидуальная психодинамическая психотерапии.

Групповая психотерапия ПТСР. Групповая терапия – наиболее часто используемый вид терапии для пациентов, переживших травматический опыт. Часто она используется в сочетании с разными видами индивидуальной терапии. Не существует каких-либо специальных рекомендаций относительно того, какой вид групповой терапии является более предпочтительным, а предлагаются отличные друг от друга направления: (а) группы открытого типа, ориентированные на решение образовательных задач или на структурирование травматических воспоминаний (работа “там и тогда”); (б) группы, имеющие заданную структуру, нацеленные на выполнение конкретной задачи, на выработку навыков совладания с

травмой, на работу с интерперсональной динамикой (работа “здесь и теперь”). Обзор многочисленных направлений групповой терапии, который охватывает когнитивно-бихевиоральные, психолого-образовательные, психоаналитические, психодраматические группы, группы самопомощи, анализа сновидений, арттерапии и множество других видов групповой терапии, представлен в работе [6].

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение определенных терапевтических целей:

- разделенное с терапевтом (и группой) повторное переживание травмы в безопасном пространстве (при этом терапевту необходимо следовать за пациентом, не форсируя процесс);
- снижение чувства изоляции и обеспечение чувства принадлежности, уместности, общности целей, комфорта и поддержки; создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда;
- работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта;
- избавление от чувств изолированности, отчуждения, несмотря на уникальность травматического переживания каждого участника группы;
- обеспечение социальной поддержки и возможности разделить с другими людьми эмоциональное переживание;
- прояснение общих проблем, обучение методам совладания с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения;
- наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект;
- возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства); развитие “чувства локтя”, когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом; преодоление чувства собственной неценности – “мне нечего предложить другому”; возможность узнать о жизни других членов группы, таким образом, смещение фокуса с чувства собственной изолированности и негативных самоуничижительных мыслей;
- уменьшение вины и стыда, развитие доверия; способности разделить горе и потерю;
- возможность работы с “секретом” – делиться с кем-то, кроме терапевта, информацией о себе (например, для жертв инцеста);
- укрепление уверенности в том, что возможен прогресс в терапии; важным основанием для такого оптимизма является оберегающая атмосфера в группе, которая дает опыт новых взаимоотношений;

– принятие групповой идеологии, языка, которые дают возможность участникам группы воспринять стрессовое событие иным, более оптимистичным образом;

– получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом группы.

Когнитивно-бихевиоральная (поведенческая) психотерапия ПТСР. Центральное место в этой форме психотерапии посттравматического стресса отводится конфронтации пациента с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР. Она особенно эффективна для преодоления избегающего поведения, а также для снижения интенсивности флэшбэков и сверхвозбуждения. Существует несколько вариантов применения поведенческой терапии для лечения ПТСР; наиболее известными на сегодня являются техники: “вскрывающих интервенций” (Exposure-Based Interventions, EBI) и EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) – десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движений глаз, призванные помочь пациенту справиться с ситуациями, вызывающими страх; а также тренинг преодоления тревоги (Anxiety Management Training, АМТ), в ходе которого он учится контролировать свое чувство тревоги с помощью специальных навыков.

А. Техника вскрывающих интервенций (ЕВІ). Основана на положении, что при ПТСР действует страх стимулов, не только релевантных травме, но и воспоминаний о травме. Из этого следует, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям (в воображении или непосредственно) должно приносить терапевтический эффект. Таким образом, метод заключается в том, чтобы помочь пациенту пережить заново травматические воспоминания и их интегрировать. ЕВІ снижают уровень дистресса и физиологической реактивности, навязчивые воспоминания. Эффективность данного вида терапии убедительно продемонстрирована в работе с ветеранами войн, жертвами изнасилования и детьми, находящимися в зоне военных действий [9]. Метод необходим для снятия таких симптомов ПТСР, как психофизиологическая активация (arousal) и реакция испуга (startle), навязчивые мысли, ночные кошмары и агрессивность. Эффективность метода для снятия таких симптомов, как эмоциональная глухота, отчужденность и ограниченность аффекта, не очевидна.

Разные авторы, например [6, 32, 41, 45], отмечают, что данная терапия противопоказана клиентам со следующими особенностями:

- 1) отсутствие флэшбэков;
- 2) злоупотребление наркотическими препаратами и алкоголем;

- 3) кризисные состояния (например, при риске суицида);
- 4) имеющийся неэффективный опыт прохождения данной терапии;
- 5) выгода от заболевания;
- 6) неумение “включать” свое воображение;
- 7) отсутствие повторяющихся симптомов;
- 8) неспособность выдерживать реакцию сильного возбуждения;
- 9) психотические расстройства.

При проведении этой терапии подчеркивается важность мотивации на лечение. Пациенту следует оказывать интенсивное содействие психотерапевту, а терапевт должен быть уверен в том, что лечение безопасно для пациента и он имеет достаточный ресурс для успешного “погружения” в терапевтическую работу.

Б. Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR). Метод, предложенный в 1987 г. Ф. Шапиро (см. [4, 44]), в настоящее время вызывает наибольшее число споров. Известны случаи, когда в терапии травмы двадцатилетней давности достигалось улучшение состояния в течение одной сессии. Считается, что метод пригоден в основном для лечения случаев единичной травматизации, таких, например, как травма, полученная в результате автокатастрофы, однако имеется опыт применения терапии и для лечения агорафобии и депрессии [12, 36], панических симптомов [47]. Сама же Шапиро [44] предостерегает от завышенных оценок степени эффективности метода.

EMDR – это вариант техники “вскрывающих интервенций” (EVI), дополненной движениями глаз пациента. Терапия состоит из следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (общее для EMDR и EVI) и направляемых терапевтом саккадических движений (специфичное для EMDR). Пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например: “Я беспомощен” или “Я ничего не контролирую” и т.д.). Затем пациента просят представить травматическую сцену в более “сжатом” виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущимся на расстоянии 30–35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания. Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например: “Я сделал лучшее из

того, что мог”, “Все в прошлом” и т.д.). Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса (Subjective Units of Distress scale, SUD), после чего принимает решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура повторяется до тех пор, пока балл по SUD не опустится до 1 или 2.

Несмотря на сообщения об успешных случаях лечения ПТСР методом EMDR, эти результаты считаются довольно субъективными, поскольку многие авторы не обнаруживают никаких изменений в состоянии пациентов, которые можно было бы измерить с помощью психометрических или психофизиологических процедур [5, 11, 26, 33 и др.]. Более того, проведено экспериментальное исследование, в котором показано, что само по себе движение глаз вообще никакого значения не имеет. Результаты двух групп испытуемых, в одной из которых испытуемых просили следить за движущимся пальцем, а в другой – за неподвижным, оказались сходными [11]. Наконец, данные работы Macklin et al. [34] показали, что среди ветеранов вьетнамской войны, прошедших терапию EMDR, по истечении пяти лет наблюдались отчетливые изменения состояния, проявившиеся не только в усилении симптоматики ПТСР, но и в общем ухудшении их психопатологического статуса по сравнению с аналогичной выборкой ветеранов, не подвергавшихся такой терапии.

В. Тренинг преодоления тревоги (АМТ). Включает множество разнообразных процедур, в том числе технику “биологической обратной связи” (biofeedback), релаксационные методы, когнитивное переструктурирование и т.д. Последнее служит, помимо прочего, для распознавания и коррекции искаженных восприятий и убеждений; сюда относятся: (а) умение приостанавливать мысли в случае настойчиво возникающих воспоминаний; (б) опознание иррациональных мыслей; (в) заучивание адекватной модели поведения; (г) когнитивное переструктурирование посредством “сократовского” метода задавания вопросов.

Психодинамическая психотерапия ПТСР. В своих теоретических основаниях восходит к концепции психической травмы З. Фрейда, которая представлена в его относительно поздних работах. Согласно этой концепции, помимо невыносимых травматических внешних воздействий следует выделять неприемлемые и невыносимые интенсивные побуждения и желания, т.е. внутренние травмирующие факторы. При этом травма становится неотъемлемой составной частью истории жизни как истории развития побуждений и жизненных целей. Фрейд предлагал различать два случая: травмирующая ситуация является провоцирующим фактором, раскрывающим имеющуюся в преморбиде невротическую структуру; травма детерминирует возникновение и содержание

симптома. При этом повторение травматических переживаний, постоянно возвращающиеся ночные кошмары, расстройство сна и т.п. можно понять как попытки “связать” травму, отреагировать ее.

В последующие десятилетия психоаналитическая концепция травмы претерпевает ряд изменений. Так, в работах А. Фрейд [5], Д. Винникота [1] и др. подчеркивается роль отношений между матерью и ребенком и радикально пересматривается характер и смысл понятия психической травмы. Дальнейшее развитие эти взгляды получили в трудах английского психоаналитика М. Хана [28], предложившего понятие “кумулятивная травма”. Он рассматривал роль матери в психическом развитии ребенка с точки зрения ее защитной функции – “щита” и утверждал, что кумулятивная травма возникает из незначительных повреждений в результате промахов матери при осуществлении этой функции. Данное утверждение, считает он, справедливо на протяжении всего развития ребенка – от его рождения до подросткового возраста в тех сферах жизни, где он нуждается в этом “щите” для поддержания своего еще неустойчивого и незрелого “Я”. Подобные незначительные повреждения в момент их возникновения могут и не иметь еще травматического характера, однако, накапливаясь, они превращаются в психическую травму. В оптимальном случае неизбежные промахи матери корригируются или преодолеваются в сложном процессе созревания и развития; если же они происходят слишком часто, то возможно постепенное формирование у ребенка психосоматического расстройства, которое затем становится ядром последующего патогенного поведения.

Таким образом, в русле психодинамического понимания травмы можно выделить три различные интерпретации самого термина: (а) психическая травма как экстремальное событие, ограниченное во времени (т.е. имевшее начало и конец), оказавшее неблагоприятное воздействие на психику субъекта; (б) “кумулятивная травма”, возникающая в онтогенезе из множества незначительных психотравматических событий; (в) психическая травма развития как результат неизбежных фрустраций потребностей и влечений субъекта. В рамках данной работы мы будем иметь в виду первое значение термина и обращаться лишь к тем работам, которые оперируют с понятием травмы в данном значении.

В настоящее время новое истолкование в русле психодинамического подхода получают предложенные когда-то Фрейдом “энергетические” представления о травме: современные авторы предлагают заменить понятие “энергия” на понятие “информация”. Последнее обозначает как когнитивные, так и эмоциональные переживания

и восприятия, имеющие внешнюю и/или внутреннюю природу [21, 30]. Благодаря этому происходит сближение когнитивно-информационного и психодинамического взглядов на травму. Данный подход предполагает, что информационная перегрузка повергает человека в состояние постоянного стресса до тех пор, пока эта информация не пройдет соответствующую переработку. Информация, будучи подверженной воздействию психологических защитных механизмов, навязчивым образом воспроизводится в памяти (флэшбэки); эмоции, которым в постстрессовом синдроме принадлежит важная роль, являются по существу реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

Вследствие травматического опыта у человека актуализируется конфликт между старым и новым образами “Я”, который порождает сильные негативные эмоции; чтобы избавиться от них, он пытается не думать о травме и ее реальных и возможных последствиях, в результате травматические восприятия оказываются недостаточно переработанными. Тем не менее вся информация сохраняется в памяти, причем в достаточно активном состоянии, вызывая непровольные воспоминания; однако как только переработка этой информации будет завершена, представления о травматическом событии стираются из активной памяти [22, 23].

Эта теория концентрируется на таких симптомах ПТСР, как отчуждение и ощущение “укороченного” будущего; кроме того, данный подход предлагает объяснение флэшбэков и симптомов избегания. Под когнитивной схемой здесь понимается сохраняемый в памяти информационный паттерн, который регулирует и организует восприятие и поведение. В клинической психологии такой паттерн обозначается термином “схема Я”, которая распадается на различные составляющие (схемы, образы “Я”, роли); сюда же относятся и схемы значимого другого/значимых других и мира в целом (мировоззрение). Измененные когнитивные схемы связаны с так называемыми дисфункциональными когнициями, т.е. измененными установками или “ошибками мышления”, ведущими к искаженной переработке информации. Под воздействием травмы эти схемы могут изменяться, в первую очередь схемы “Я” и схемы ролей [22]. После травмы изменяется образ “Я” и образы значимых других; эти измененные схемы остаются в памяти до тех пор, пока восприятие и переработка дальнейшей информации не приводят к интеграции этих измененных схем в состав старых, оставшихся незатронутыми травмой. Например, прежде уверенный в себе активный человек в результате травмы внезапно ощущает себя слабым и беспомощным. Его представление о себе после травмы можно сформулировать так: “Я – слабый и ранимый”. Это представление вступает в конфликт с его прежним образом “Я”: “Я – компетентный и стабильный”. Травматически измененные схемы будут оставаться в активном состоянии до тех пор, пока человек не окажется в состоянии принять тот факт, что он временами может быть также слабым и ранимым. Пока активированные измененные схемы не интегрированы в образ “Я”, они порождают флэшбэки и сильное эмоциональное напряжение. Для снижения его включаются в действие, согласно Хоровицу, процессы защиты и когнитивного контроля, например, в форме избегания, отрицания или эмоциональной глухоты. Всякий раз, когда когнитивный контроль не срабатывает в полной мере, трав-

Таблица 2. Последовательные цели психотерапии в соответствии с фазами реакций пациента на травматическое событие

Актуальное состояние пациента	Задачи психотерапии
Длительное стрессовое состояние в результате травматического события	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь пациенту в принятии решений, планировании действий (например, в устранении его из окружения)
Проявление невыносимых состояний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний
Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности	Помощь пациенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания. В ходе припоминания оказывать помощь пациенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с пациентом обеспечить дальнейшую проработку травмы
Способность воспринимать и выдерживать и воспоминания и переживания	Помочь пациенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа "Я" и образов других людей. Помочь пациенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом "Я" и планами на будущее
Способность к независимой переработке мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию

ма переживается заново как вторжение (флэшбэк), что, в свою очередь, ведет к эмоциональному напряжению и к новому избеганию или отрицанию. Восстановление после травмы, по мнению Хоровица, происходит лишь вследствие интенсивной переработки травматически измененных когнитивных схем.

Эмпирические исследования достаточно убедительно свидетельствуют в пользу теории М. Хоровица. Так, методом контент-анализа категорий, встречающихся в высказываниях пациентов – жертв дорожно-транспортных происшествий и криминальных действий, – были выявлены наиболее частотные темы: фрустрация по поводу собственной уязвимости; самообвинения; страх перед будущей потерей контроля над чувствами [см. 29]. В исследовании [42] опрашивались женщины, подвергшиеся изнасилованию; их высказывания удалось сгруппировать следующим образом: измененный образ другого; измененный образ себя; изменившиеся близкие отношения; изменившееся чувство уверенности; самообвинения.

Интенсивность постстрессового синдрома, согласно Хоровицу, определяется тем, насколько сильно выражена, во-первых, тенденция к вторжению произвольных воспоминаний, во-вторых, тенденция к избеганию и отрицанию. Основная задача психотерапии заключается в том, чтобы снизить чрезмерную интенсивность обоих этих процессов. Сначала необходимо подчинить контролю возникшее после травматизации экстремальное психическое состояние, а затем встает задача интегрировать травматический опыт в целостную систему представлений о себе и мире, тем самым уменьшится острота конфликта между старыми и новыми представлениями. Общая цель терапии – не осуществление всеобъемлющего изменения личности пациента с ПТСР, а достижение когнитивной и эмоциональной интеграции образов "Я" и мира, позволяющей редуцировать постстрессовое состояние.

Практические шаги психодинамической краткосрочной психотерапии ПТСР прослежены по данным табл. 2 (см. в работе [21]).

Психотерапия посттравматического расстройства независимо от конкретно избранного метода лечения характеризуется рядом особенностей. Прежде всего следует иметь в виду высокие показатели "обрыва" терапии с жертвами ДТП, разбойных и других нападений (50% случаев). В отличие от других расстройств пациенты с ПТСР после 2–3 встреч не приходят в терапию. Для пациентов, прервавших терапию, характерны интенсивные проявления флэшбэков; по отношению к другим симптомам значимых различий не обнаружено.

Такая динамика объясняется тяжелой травматизацией, потрясшей основы доверия пациента. Он чувствует себя не в состоянии вновь довериться кому-либо, боясь еще раз быть травмированным [25]. Это особенно справедливо в отношении тех, кто был травмирован другими людьми. Недоверие может выражаться в явно скептическом отношении к лечению; чувство отчуждения от людей, не переживших подобной травмы, часто выходит на передний план и затрудняет доступ терапевта к пациенту. Пациенты с ПТСР неспособны поверить в свое излечение, а малейшее недопонимание со стороны психотерапевта укрепляет их чувство отчуждения.

Для пациентов с ПТСР характерны также определенные трудности, связанные с принятием ими на себя роли реципиента психотерапевтической помощи. Перечислим причины, обуславливающие эти трудности:

1. Пациенты часто полагают, что должны своими силами "выкинуть пережитое из головы". На такое их стремление влияют также и ожидания окружающих, которые считают, что пациенты

должны, наконец, перестать думать о происшедшем. Однако это предположение пациентов, естественно, не оправдывается.

2. Собственное страдание, хотя бы частично, экстернализируется: пациенты остаются убежденными в том, что есть внешняя причина травмы (насильник, виновник ДТП и т.д.) и последовавшие за этим психические нарушения также лежат вне сферы их контроля.

3. Посттравматические симптомы (ночные кошмары, фобии, страхи) причиняют достаточные страдания, но пациент не знает того, что они составляют картину болезни, поддающейся лечению (подобно депрессии или тревожности).

4. Некоторые пациенты борются за получение правовой и/или финансовой компенсации и обращаются к врачу или к психологу только за подтверждением этого их права.

Исходя из этого, психотерапевту следует стремиться к реализации определенных конкретных целей уже при самом первом контакте с пациентом, страдающим ПТСР. Такими целями являются: создание доверительного и надежного контакта; информирование пациента о характере его расстройства и возможностях терапевтического вмешательства; подготовка пациента к дальнейшему терапевтическому опыту, в частности, к необходимости вернуться вновь к болезненным травматическим переживаниям.

Hammond (1990) предлагает использовать метафору “выправление перелома” или “дезинфицирование раны”, чтобы подготовить пациента к болезненному столкновению с травматическим опытом. Вот что он говорит: “Работа, которую нам предстоит проделать на следующих сеансах, похожа на то, что происходит, когда ребенок сломал ногу или взрослый получил болезненную инфицированную рану, требующую антисептической обработки. Врач не хочет причинять пациенту боль. Однако он знает, что, если он не выправит перелом или не продезинфицирует рану, пациент будет в конечном итоге дольше страдать от боли, станет инвалидом и никогда больше не сможет нормально передвигаться. Врач тоже испытывает боль, причиняя больному страдания, когда он составляет переломанную кость или прочищает рану. Но эти необходимые действия врача – проявление заботы о больном, без которой невозможно излечение. Точно так же воспроизведение пережитого при травме может быть очень болезненным, подобно дезинфицированию раны. Но после этого боль станет меньше и может прийти выздоровление” [35].

Основные предпосылки успешной работы с пациентами, страдающими ПТСР, можно сформулировать следующим образом. Способность пациента рассказывать о травме прямо пропорциональна способности терапевта эмпатически выслушивать этот рассказ. Любой признак отвержения или обесценивания воспринимается пациентом как неспособность терапевта оказать ему помощь и может привести к прекращению усилий со стороны пациента бороться за свое выздоровление. Эмпатичный терапевт поощряет пациента к рассказу об ужасных событиях, не отвлекаясь и не соскальзывая на побочные темы, не будучи пациента удивленным или испуганным

взглядом и не демонстрируя ему собственной шоковой реакции. Терапевт не приуменьшает значение спонтанно возникших тем и не отклоняет разговор в те области, которые непосредственно не связаны с травматическим страхом. В противном случае у пациента возникает ощущение, что экзистенциальная тяжесть пережитого невыносима для терапевта, и он будет чувствовать себя непонятым.

Терапевтические отношения с пациентом, у которого имеется ПТСР, обладают характерными особенностями, которые можно сформулировать следующим образом:

1. Постепенное завоевание доверия пациента с учетом того, что у него наблюдается выраженная утрата доверия к миру.

2. Повышенная чувствительность по отношению к “формальностям” проведения терапии (отказ от стандартных диагностических процедур перед разговором о травматических событиях).

3. Создание надежного окружения для пациента во время проведения терапии.

4. Адекватное исполнение ритуалов, которые способствуют удовлетворению потребности в безопасности пациента.

5. До начала терапии уменьшение дозы медикаментозного лечения или его отмена для проявления успеха психотерапевтического воздействия.

6. Обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни пациента.

Фундаментальное правило терапии ПТСР – принимать тот темп работы и самораскрытия пациента, который он сам предлагает. Иногда нужно информировать членов его семьи о том, почему необходима работа по воспоминанию и воспроизведению травматического опыта, поскольку они поддерживают избегающие стратегии поведения пациентов с ПТСР.

Наиболее разрушено доверие у жертв насилия или злоупотребления (насилие над детьми, изнасилование, пытки). Эти пациенты в начале терапии демонстрируют “тестирующее поведение”, оценивая, насколько адекватно и соразмерно терапевт реагирует на их рассказ о травматических событиях. Для постепенного формирования доверия полезны высказывания терапевта, в которых признаются трудности, пережитые пациентом; терапевт в любом случае должен сначала заслужить доверие пациента. Сильно травмированные пациенты часто прибегают к помощи различных ритуалов для канализации своих страхов (например, двери и окна должны всегда быть открыты); терапевт должен реагировать на это с уважением и пониманием. Снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии необходим потому, что в противном случае не будет достигнуто улучшение состояния, достоверно связанное с новым опытом понимания происшедшего и новыми возможностями совладания с травматическим опытом.

Еще один заслуживающий упоминания аспект терапевтической работы с пациентами, страдающими ПТСР, – это психологические трудности, которые испытывает сам психотерапевт в процессе своей работы. Прежде всего, он должен

Таблица 3. Стратегии поведения психотерапевтов

Защита, обесценивание	Следствия
Отсутствующее выражение лица, нежелание или неспособность воспринять рассказ о травме, поверить и переработать его. Дистанцирование	Дефензивное поведение, нежелание расспрашивать пациента. Участие в “заговоре молчания”
Сверхидентификация	Следствия
Неконтролируемые аффекты, фантазии о мести или о спасении. Принятие роли “товарища по несчастью”. Напряжение в ходе терапевтического сеанса	Утрата границ терапевтических отношений с пациентом. Симптомы “психического сгорания” (burn-out)

быть интеллектуально и эмоционально готовым к столкновению со злом и трагедийностью мира. Можно выделить две основные стратегии поведения психотерапевтов – избегание (обесценивание) и сверхидентификация (см. табл. 3).

Первая крайняя реакция со стороны терапевта – *избегание* или *обесценивание*: “Нет, такого пациента я не вынесу!”. Собственные чувства терапевта (страх, отвращение) нарушают его способность воспринимать рассказ пациента; возможно возникновение недоверия к отдельным деталям. Подобная установка ведет к тому, что терапевт не задает никаких вопросов относительно деталей и конкретных переживаний. Таким образом, его защитное поведение является фундаментальной ошибкой в терапии травмированных пациентов. Нежелание терапевта касаться отталкивающих (с точки зрения общепринятой морали) биографических фактов жизни пациента все более отдаляет от него, тем самым усиливая “заговор молчания”, что в итоге может привести к развитию хронической формы ПТСР.

Сверхидентификация – другая крайняя позиция терапевта, связанная с фантазиями спасения или мести и обусловленная “избытком” эмпатии. В результате этой чрезмерной эмпатии терапевт может выйти за пределы профессионального общения с пациентом. Принимая на себя роль товарища по несчастью или по борьбе, он существенно ограничивает свои возможности стимулировать у пациента корригирующий эмоциональный опыт. Опасность такого “перенапряжения” состоит в том, что любое развенчание иллюзий, неизбежное в терапии, может оказать разрушительное влияние на терапевтические отношения, когда цели и правила терапевтического контракта нарушаются.

Реакции неуверенности у терапевта обусловлены его смущением или опасениями усилить травматизацию, боязнь вызвать декомпенсацию пациента при расспросе о содержании и деталях пережитой травмы. При сексуальных травмах подобная реакция терапевта объясняется его стыдливостью, поэтому, когда пациент сообщает, что ему трудно говорить на эту тему, терапевт склонен пойти у него на поводу. Рассказ пациента о травме может вызвать у терапевта нарушения контроля над эмоциями: он не в состоянии собраться с мыслями, от услышанного у него выступают слезы на глазах. У пациента появляются сомнения в действиях терапевта, поскольку последний не может вынести его рассказа. Однако большинство пациентов могут выдержать кратковременный прорыв чувств терапевта при условии, что затем он снова возвращается к своей роли утешителя; слишком сильная эмоциональная реакция терапевта так же вредна, как и слишком слабая.

Работа с травмированными пациентами требует большого эмоционального вклада от терапевта, вплоть до развития у него подобного расстройства – вторичного ПТСР [14], в результате того, что он постоянно является как бы свидетелем всех этих несчастных случаев, катастроф и т.п. Вторичное ПТСР проявляется в форме

флэшбэков, депрессий, чувства беспомощности, отчуждения, регрессии, цинизма. Высок также риск возникновения психосоматических нарушений, усталости, расстройств сна, сверхвозбуждения и неконтролируемых прорывов чувств. Общее правило для терапевтов, работающих с ПТСР, – дружелюбное отношение к самому себе. Разрешение переживать радость и удовольствие являются необходимым условием работы в данной области, без которых невозможно выполнение профессиональных обязанностей.

Факторы преодоления вторичной травматизации терапевтов [14]:

1. Выявление собственных реакций: внимательное отношение к телесным сигналам: бессоннице, головным болям, потению, и т.д.
2. Попытки найти словесное выражение собственным чувствам и переживаниям.
3. Ограничение собственных реакций.
4. Нахождение оптимального уровня комфорта, в рамках которого возможна открытость, терпимость, готовность выслушать пациента.
5. Знание о том, что у всякого чувства есть начало, середина и конец.
6. Умение смягчать охватившее чувство без соскальзывания в дефензивное состояние, открытость к собственному процессу созревания.
7. Принятие того факта, что все меняется и прежнего не вернуть.
8. В случае, когда сильно задеты собственные чувства, способность взять “таймаут”, чтобы их воспринять, успокоить и исцелить, прежде чем продолжать работу.
9. Использование имеющихся контактов с коллегами.
10. Создание профессионального сообщества терапевтов, работающих с травмой.
11. Использование и развитие собственных возможностей расслабления и отдыха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предлагаемый обзор методов психотерапевтического лечения пациентов с посттравматическим расстройством и трудностей, возникающих в ходе такого лечения, не претендуя на всеобъемлющий охват проблемы, рассчитан в первую очередь на психологов-практиков. Мы намеренно избегали вдаваться в подробное обсуждение теоретических представлений и объяснительных подходов, уделяя внимание прежде всего диагностическому и психотерапевтическому аспектам ПТСР. Наде-

емся, что психологи, которые работают с пострадавшими от тех или иных техногенных или антропогенных катастроф, с побывавшими в зоне военных конфликтов, а также с жертвами насилия, найдут некоторые ответы на вопросы о том, как оптимизировать свою работу с посттравматическими пациентами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 1998.
2. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М.: Наука, 1989.
3. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1995.
4. Шаниро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: основные принципы, протоколы и процедуры: Пер. с англ. М.: Независимая фирма "Класс", 1998.
5. Acierno R., Hersen M., van Hasselt V.B., Tremont G., Meuser K.T. Review of the validation and dissemination of eye movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma // *Clinical Psychological Review*. 1994. V. 14. P. 287-299.
6. Allen A., Bloom S.L. Group and Family treatment of post-traumatic stress disorder // *The Psychiatric Clinics of North America* / Ed. D.A. Tomb. 1994. V. 8. P. 425-438.
7. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Ed. 3. Revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
9. Blake D.D., Abweg F.R., Woodward S.H., Keane T.M. Treatment efficacy in post-traumatic stress disorder // *Handbook of effective psychotherapy* / Ed. T.R. Giles. N.Y.: Plenum Press, 1993.
10. Blake D.D. Treatment outcome research on PTSD // *NCP Clinical Newsletter*. 1993. V. 3. P. 14-17.
11. Boudewyns P.A., Stwertka S.A., Hyer L.A. et al. Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study // *The Behavior Therapist*. 1993. V. 16. P. 29-33.
12. Butler K. The enigma of EMDR: Too good to be true? // *The Family Therapy Networker*. November/December. 1993. P. 19-31.
13. Cassidy K.L., McNally R.J., Zeitlin S.B. Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder // *Cognitive Therapy and Research*. 1992. V. 16. P. 283-295.
14. Danieli Y. As survivors age: Part II // *NCP Clinical Quarterly*. 1994. V. 4. P. 20-24.
15. Davidson J.R.T. et al. Post-traumatic stress disorder in community: an epidemiological study // *Psychol. Med*. 1991. V. 21. P. 713-721.
16. Davidson J.R.T., Foa E.B. *Post-traumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. Washington: Amer. Psychiat. Press, 1993.
17. Deering C.G., Glover S.G., Ready D. et al. Unique patterns of comorbidity in post-traumatic stress disorder from different sources of trauma // *Comprehensive Psychiatry*. 1996. V. 37. P. 336-346.
18. Everly G.S. The neurocognitive therapy of post-traumatic stress // *Psychotraumatology* / Eds. Jr. Everly, J.M. Lating. N.Y.: Plenum Press, 1994.
19. Foa E.B., Kozak M.J. Emotional processing of fear: Exposure to correcting information // *Psychol. Bull*. 1986. V. 99. P. 20-35.
20. Friedman S. Constructing solutions // *The first session in brief therapy* / Eds. S.H. Budman, M.F. Hoyt. N.Y.: Basic Books, 1992.
21. Horowitz M.J. *Personlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Intergrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie // Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung* / Hrsg. A. Maercker. Heidelberg, 1998.
22. Horowitz M.J. *Stress response syndromes*. 2nd ed. Northvale, N.J.: Aronson, 1986.
23. Horowitz M.J., Becker S.S. Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma // *Psychoanalysis and contemporary science* / Eds. R. Holt, E. Peterfreund. N.Y.: Macmillan, 1972. V. 1.
24. Janoff-Bulman R. The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumption // *Trauma and its wake* / Ed. C.R. Figley. N.Y.: Brunner/Mazel, 1985. P. 15-35.
25. Janoff-Bulman R. *Victims of violence* // *Psychotraumatology* / Eds. G.S.Kr. Everly, J.M. Lating. N.Y.: Plenum Press, 1995.
26. Jensen J.A. An investigation of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans // *Behavior Therapy*. 1994. V. 25. P. 311-325.
27. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1995. V. 92. P. 1048-1060.
28. Khan M.M.R. The concept of cumulative trauma // *The privacy of self* / Ed. M.M.R. Khan. L.: Hogarth, 1974.
29. Krupnick J.L., Horowitz M.J. Stress response syndromes // *Arch. of Gen. Psychiatry*. 1981. V. 38. P. 428-435.
30. Lazarus R.S. *Psychological stress and the coping process*. N.Y.: McGraw-Hill, 1966.
31. Litz B.T., Kean T.M. Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of post-traumatic stress disorder // *Clinical Psychology Review*. 1989. V. 9. P. 243-257.
32. Litz B.T., Blake D.D., Gerardi R.G., Keane T.M. Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder // *The Behavior Therapist*. 1990. V. 13. P. 91-93.
33. Lohr J.M., Kleinknecht R.A., Conley A.T. et al. A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMD) // *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1993. V. 23. P. 159-167.
34. Macklin M.L., Metzger L.J., Lasko N.B. et al. Five-year follow-up of EMDR treatment for combat-related

- PTSD // XIV Annual Meeting ISSTS. Washington, 1998.
35. Maercker A. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Heidelberg, 1998.
 36. Marguis J.N. A report of seventy-eight causes treated by eye movement desensitization // J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1991. V. 20. P. 211–217.
 37. McNally R.J., Kaspi S.P., Rieman B.C., Zeitlin S.B. Selective processing of treat cues in post-traumatic stress disorder // J. of Abnormal Psychology. 1990. V. 99. P. 398–402.
 38. Pennebaker J.W. Traumatic experience and psychosomatic disease: exploring the role of behavioral inhibition, obsessing, and confiding // Canadian Psychology. 1985. V. 26. P. 82–95.
 39. Pennebaker J.W., Barger S.D., Tiebout J. Disclosure of trauma and health among Holocaust survivors // Psychosom. Medicine. 1989. V. 51. P. 577–589.
 40. Pitman R.K. Post-traumatic stress disorder, hormones and memory // Biological Psychiatry. 1989. V. 26. P. 221–223.
 41. Pitman R.K., Altman B., Greenwald et al. Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder // J. of Clinical Psychiatry. 1991. V. 52. P. 17–20.
 42. Resick P.A., Schnicke M.K. Cognitive processing therapy for sexual assault victims // J. of Consulting and Clinical Psychology. 1991. V. 60. P. 748–756.
 43. Rothbaum B.O., Foa E.B., Riggs D.S. et al. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims // J. of Traumatic Stress. 1992. V. 5. P. 455–475.
 44. Shapiro F. EMDR: In the eye of a paradigm shelf // The Behavior Therapist. 1994. V. 17. P. 153–156.
 45. Solomon S.D., Gerrity E.T., Muff A.M. Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review // J. of the American Medical Association. 1992. V. 268. P. 633–638.
 46. Southwick S.L., Krystal J.H. et al. Abnormal noradrenergic function in post-traumatic stress disorder // Arch. of Gen. Psychiat. 1993. V. 50. P. 266–274.
 47. Steketee G., Goldstein A.J. Reflections on Shapiro's reflections: Testing EMDR within a theoretical context // The Behavior Therapist. 1994. V. 17. P. 156–157.
 48. Van der Kolk B.A., Ducey C.P. The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD // J. of Traumatic Stress. 1989. V. 2. P. 259–274.
 49. Van der Kolk B.A., Saporta J. Biological response to psychic trauma // International handbook of traumatic stress syndromes / Eds. J.P. Wilson, B. Raphael. N.Y.: Plenum Press, 1993.
 50. Yehuda R., Kahana B., Binder-Brynes K. et al. Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with post-traumatic stress disorder // Amer. J. of Psychiatry. 1995. V. 152. P. 982–986.

THE PECULIARITIES OF POST-TRAUMATIC STRESS PSYCHOTHERAPY

E. S. Kalmykova*, E. A. Misko**, N. V. Tarabrina***

*Cand. sci. (psychology), sen. res. ass., laboratory of posttraumatic stress and psychotherapy, IP RAS, Moscow

**Jun. res. ass., the same laboratory

***Cand. sci. (psychology), head of the same laboratory

The problems of epidemiology, diagnostics and psychotherapy of posttraumatic stress disorder are discussed. The review of main approaches to the treatment of such disorders is presented. There are analyzed the preconditions of successful psychotherapeutic interaction and difficulties in the work with patient which are specific to this psychological disorder.

Key words: mental trauma, psychodynamic psychotherapy, post-traumatic stress disorder, cognitive-behavioral psychotherapy.