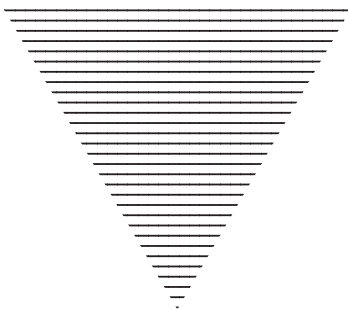


**Клиническая
психология**

Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства

Под редакцией
**Эдны Б. Фoa
Теренса М. Кина
Мэтью Дж. Фридмана**

Клиническая психология



EFFECTIVE TREATMENTS FOR PTSD

*Practice Guidelines from the
International Society for
Traumatic Stress Studies*

Edited by
Edna B. Foa
Terence M. Keane
Matthew J. Friedman

THE GUILFORD PRESS
New York London

Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства

Под редакцией

Эдны Б. Фoa

Теренса М. Кина

Мэтью Дж. Фридмана

УДК 159.9.07

ББК 88

Э 94

Под редакцией

Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана

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

УДК 159.9.07

ББК 88

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

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

© The Guilford Press, 2000

ISBN 1-57230-584-3 (англ.)

ISBN 5-89353-155-8 (рус.)

Содержание

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

II. Руководство по терапии

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

1

Введение

Эдна Б. Фоа, Теренс М. Кин,

Мэтью Дж. Фридман

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРОЦЕСС РАБОТЫ НАД РУКОВОДСТВОМ

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

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

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

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

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

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

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Тип травмы

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

Единичные и множественные травмы

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

Хроническое ПТСР

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

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

Гендерные различия

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

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

Возраст

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

Дети

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

Взрослые

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

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

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР ТЕРАПИИ

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

Цели лечения

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

Лечение ПТСР

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

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

Сопутствующие заболевания

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

Суицидальное поведение

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

Злоупотребление/зависимость от химических веществ

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

Сопутствующие общие медицинские состояния

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

Нетрудоспособность и функциональные нарушения

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

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

Показания к госпитализации

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

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В РУКОВОДСТВО

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

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

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

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Что такое хорошо контролируемые исследования?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ограничения хорошо контролируемых исследований

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

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

Что такое величина эффекта?

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

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

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

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

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

Современное состояние знаний по терапии ПТСР

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

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

Комбинированные подходы

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

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

ПРИНЯТЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

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

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

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

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

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

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

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

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

УСЛОВИЯ ЛЕЧЕНИЯ

Подготовка терапевта

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

Выбор места проведения лечения

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

Проведение лечения

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

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

Соппротивление лечению

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

Готовность к лечению

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

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

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

ДОСТОВЕРНОСТЬ ВОСПОМИНАНИЙ О ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕМ СОБЫТИИ

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

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

КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ РУКОВОДСТВОМ

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

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

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

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

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

2

Диагноз и оценка

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

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

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

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К счастью, большинство людей, переживших травму, со временем восстанавливаются. Однако у значительного меньшинства возникают симптомы ПТСР, и без необходимого лечения они могут привести к развитию серьезного и устойчивого психического расстройства. ПТСР характеризуется постоянным переживанием симптомов, которые включают (1) повторяющиеся и навязчивые воспоминания о событии, (2) повторяющиеся сны о событии, (3) такие действия, как если бы событие происходило вновь, (4) интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматическом событии или символизирующей его, и (5) физиологическую реактивность на стимулы или ситуации, которые напоминают о событии.

Расстройство также предполагает симптомы избегания и эмоционального оцепенения. Они могут включать (1) усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров о событии; (2) усилия по избеганию деятельности, мест или людей, которые ассоциируются с событием; (3) неспособность вспомнить о важных аспектах события; (4) заметное снижение интереса к тому, что раньше доставляло удовольствие; (5) ощущение отчужденности, отстраненности от других людей; (6) ограничение спектра эмоциональных переживаний; и (7) чувство сокращенной жизненной перспективы, сопровождающееся значительным недостатком планирования будущего.

Завершают картину симптомы возбуждения, которые не наблюдались до травматического события. Это могут быть следующие симптомы: (1) трудности с засыпанием или плохой сон, (2) раздражительность или вспышки гнева, (3) затруднения с сосредоточением внимания, (4) повышенный уровень настороженности, гипербдительность, постоянное ожидание опасности или повторного переживания ситуации, угрожающей жизни, и (5) гипертрофированная реакция на испуг.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОПЫТА

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