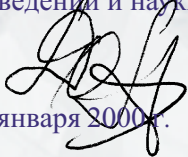


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

СОГЛАСОВАНО

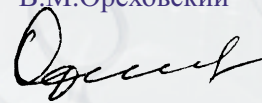
Заместитель начальника  
Главного управления кадровой политики,  
учебных заведений и науки Н.И. Доста



31 января 2000 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель  
министра здравоохранения  
В.М.Ореховский



31 января 2000 г.

Регистрационный № 9-0001

**ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО  
РАССТРОЙСТВА У УЧАСТНИКОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Минск 2000

***Учреждения-разработчики:***

Белорусский НИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (БНИИЭТИН); Республиканский научно-исследовательский центр медико-психологической реабилитации (РНИЦ МПР); Белорусский государственный институт усовершенствования врачей

***Авторы:*** д-р мед. наук А.Л. Пушкарев, канд. мед. наук В.А. Доморацкий, Н.Е. Крылова, О.Н. Прилищ, Ю.В. Извольская, Е.П. Гурина

***Рецензенты:*** д-р мед. наук, проф. Гиткина Л.С., канд. мед. наук, доц. Г.С. Северин, канд. мед. наук, доц. А.А. Головач

В настоящих методических рекомендациях изложены основные принципы и методы коррекции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у участников военных действий, описаны особенности медикаментозной терапии и психотерапии. Достаточно широко раскрыт новый современный метод психотерапии при ПТСР — метод «десенсибилизации и переработки движениями глаз».

Методические рекомендации предназначены для врачей-психотерапевтов, врачей-психологов, психиатров, невропатологов, врачей-реабилитологов и других специалистов реабилитационного профиля.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

# Оглавление

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР</b> .....	<b>8</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПТТ</b> .....	<b>10</b>
<b>ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ МЕТОДОВ ПТТ</b> .....	<b>11</b>
Все методы можно разделить на четыре категории: .....	11
<b>ТЕРАПИЯ</b> .....	<b>14</b>
Психофармакотерапия .....	14
Медикаменты, используемые для лечения ПТСР .....	14
Психотерапия .....	20
<b>НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ ПТСР</b> .....	<b>23</b>
Поведенческая терапия .....	23
Когнитивная психотерапия .....	25
Психодинамическая психотерапия .....	27
Клиентцентрированная (роджерсовская) психотерапия .....	27
Логотерапия .....	29
Групповая психотерапия .....	30
Гештальттерапия .....	32
Семейная ПТТ .....	43
Арттерапия (рисунок, сказка) .....	47
Кататимно-имагинативная психотерапия .....	47
Основная ступень при работе с ПТСР .....	49
Показания для применения КПО .....	54
Нейролингвистическое программирование .....	57
Эриксоновский гипноз .....	63
Аутогенная тренировка .....	67

Продолжение оглавления см. на следующей странице



## *Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства*

Эффекты аутогенной тренировки .....	69
Показания и противопоказания .....	70
Общие замечания к проведению АТ .....	71
АТ и ее модификации .....	72
Методика тренировки высших ступеней .....	73
Метод «десенсибилизации и переработки движениями глаз» .....	75
Восемь стадий стандартной процедуры ДПДГ .....	77
Стратегии, используемые при заблокированной переработке .....	91
<b>ОСОБЕННОСТИ САМОПОМОЩИ</b> .....	<b>96</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время во всем мире большое значение придается изучению особенностей диагностики и лечения заболеваний у участников военных действий. Это связано с серьезными социальными и даже политическими последствиями, возникающими при игнорировании проблем, которые испытывают в мирное время участники военных действий. Впервые в полной мере с необходимостью распознавать и лечить посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) столкнулись в США после окончания военной кампании во Вьетнаме. Не случайно поэтому впервые диагноз ПТСР появился в американской классификации психических расстройств. Внедрение в Республике Беларусь в 1999 г. современных, общепринятых в странах СНГ и за рубежом, диагностических критериев ПТСР позволило приступить к решению актуальной и для нашего общества проблемы — оказанию медико-психологической и психиатрической помощи ветеранам военных конфликтов.

Стрессы, переживаемые в экстремальных (травматических) ситуациях, выходящих за рамки обычного человеческого опыта, в ряде случаев приводят к психической травме и возникновению различных расстройств, наиболее значимые из которых — ПТСР. В современной психиатрии и психологии проблема оценки влияния на личность травматических событий и коррекция негативных последствий психической травмы является одной из наиболее актуальных. По данным американских авторов, оценивавших состояние здоровья ветеранов войны во Вьетнаме, 95% военнослужащих, которые были подвержены боевому стрессу, в той или иной мере испытывают его влияние практически на протяжении всей жизни; у 20% ветеранов имеются выраженные признаки синдрома ПТСР. В наше время у 72% участников боевых действий в Чеченской Республике выявляются астенодепрессивные состояния, психотические реакции, которые в большинстве случаев приводят к развитию ПТСР. По данным нашего исследования состояния здоровья ветеранов войны в Афганистане, проживающих в Республике Беларусь, у 62,3% участников военных действий определяется ПТСР различной степени выраженности.

Научно обоснованных положений по оказанию воинам-интернационалистам психотерапевтической, психологической и психиатрической помощи крайне мало. В то же время, все современные подходы к реабилитации вообще и к реабилитации ветеранов войны в Афганистане в частности обязательно включают психотерапию.



## *Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства*

В представленных методических рекомендациях обобщен практический опыт работы с воинами-интернационалистами в лаборатории психологических проблем реабилитации БНИИЭТИНа, в рамках РНЦ МПР, на кафедре психотерапии БелГИУВ, а также учтены данные зарубежного опыта специалистов, оказывающих помощь ветеранам различных войн. Рекомендуются методики, которые позволят с учетом специфики проявлений ПТСР провести коррекцию психологического состояния у участников военных действий, повысить возможности их социально-психологической адаптации.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПТСР**

До того, как будут представлены особенности лечения ПТСР, необходимо остановиться на нескольких фундаментальных принципах посттравматической терапии (ПТТ).

После того, как люди подверглись воздействию травматических событий, они в реакциях на обычные ситуации склонны путать ненормальность травмы с ненормальностью себя. Поэтому первый принцип ПТТ — принцип нормализации. Общая модель посттравматического приспособления, а также мысли и чувства, которые включаются в нее, нормальны, хотя они могут быть болезненными и настораживать больного, могут быть не совсем понятными как самому пострадавшему, так и специалистам, незнакомым с такими проявлениями реакций. Слово «нормальный» может иметь много значений. Среди прочих, термин «нормальный» наиболее часто используется для определения здоровья, идеала или в статистике. Когда врач говорит: «Это — нормальная реакция», — может подразумеваться любое из этих значений или все три сразу. Например, при переломе кости у больного обнаруживается смещение отломков или нарушение правильности структуры кости. Через несколько дней развивается отек и отмечается сильная боль, однако, при хорошем уходе и при отсутствии повреждения нервов или инфекции, это не вызывает беспокойства. Врач видел такую модель патологии много раз прежде, знает физиологические причины дискомфорта и все опасные симптомы болезни. Заверение доктора: «Это нормально», — означает, что идет здоровый процесс заживления. Дальнейшие объяснения по поводу модели заживления позволяют больному активно участвовать в процессе восстановления, понимая причины симптомов и их динамики, а также сразу замечать ненормальности в заживлении, например, при присоединении инфекции.



Эмоциональный процесс заживления часто включает в себя повторные переживания, избегание, повышенную чувствительность и самообвинение. Эти симптомы достаточно хорошо описаны и объяснены в контексте адаптации и возможных процессов совладания. Учитывая это, второй принцип ПТТ — принцип партнерства и повышения достоинства личности. Это означает, что терапевтические отношения должны строиться совместно, приводя к восстановлению в правах личности тех, кто был ущемлен в своем достоинстве и безопасности. Это принцип особенно важен в работе с жертвами тяжких преступлений. Проявления жестокости, унижения человеческого достоинства и опыт бессилия — все это приводит к уменьшению чувства собственного «Я». Это уменьшение нормально, когда оно пропорционально выраженности виктимизации. Но оставшиеся в живых после естественных катастроф также испытывают бессилие, хотя они и не подвергались жестокости и унижению. И поэтому терапевтический союз, который строится на принципах партнерства и повышения достоинства личности, приносит очень большую пользу.

Третий принцип ПТТ — принцип индивидуальности. Каждый человек имеет свой уникальный путь восстановления после перенесенного посттравматического стресса. Хотя и были описаны общие физиологические и психологические реакции на стресс, многие исследователи отмечают сложность человеческой реакции на стрессовые воздействия, сравнивая индивидуальность ее проявлений с отпечатками пальцев. Это принцип говорит о том, что должен предполагаться и цениться индивидуальный способ посттравматической регуляции без сомнений и пренебрежения. Врач и больной должны идти вместе по пути выздоровления, зная общие направления и возможные ловушки, но они постоянно готовы обнаружить новые истины за каждым поворотом.

Эти три принципа, конечно, могут быть выражены и в другой форме, дополнены различными аспектами, важными для лечения ПТСР. Однако, они остаются базовыми при проведении ПТТ.

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПТТ

В современных подходах ПТТ основной упор делают на том, что *нормальный индивид* столкнулся с *ненормальным случаем*. Таким образом, чтобы уменьшить воздействие болезненных последствий, необходимо основной упор делать на мобилизацию собственных механизмов совладания (копинга). Это в корне отличается от предшествовавшего убеждения в том, что ПТСР являются продуктом личностной несостоятельности и наличия патологических невротических механизмов. Подобное убеждение настраивало врачей на диагностику и лечение ПТСР согласно традиционным парадигмам.

Кроме того, очень важен междисциплинарный подход к лечению ПТСР. Знание вкладов биологии, психологии, и социальной динамики позволяет врачу и больному смотреть шире, находить объяснения посттравматическим симптомам и средства для их коррекции в различных областях жизни. Описан и признан значительный вклад фармакологии, образования, питания, социальной работы, законодательных инициатив и истории в организации помощи при ПТСР. Помощь может начинаться с организации сети самопомощи, предоставления вдохновляющей литературы, расширения движения за права пострадавших, предписания режима физических и дыхательных упражнений или назначения анксиолитиков. Интердисциплинарность ПТТ требует того, чтобы врачи-реабилитологи и другие специалисты, работающие с больными ПТСР, знали ресурсы общества и умели их использовать в дополнение к прямому клиническому вмешательству. Часто это требует встреч и обмена опытом специалистов из далеких друг от друга сфер общественной жизни. Это также требует чуткого понимания и гибкого отношения к тому, кто в данный момент лучше всего может помочь больному с ПТСР, кто из больных более всего нуждается в специальной (может быть даже и нетрадиционной) помощи для ускорения процесса постстрессового восстановления.

## **ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ МЕТОДОВ ПТТ**

Существует масса методов, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР у лиц, оставшихся в живых после травматических событий.

***Все методы можно разделить на четыре категории:***

1. *Образовательная категория.* Включает в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии, чтобы иметь возможность оценить степень ПТСР. Образовательный процесс — «улица с двусторонним движением», которое позволяет установить двусторонний обмен. Больные могут иметь собственные ресурсы к восстановлению, которые они находят. Например, только простое знакомство с диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность надеяться, что при обращении к врачам, их страдания будут поняты, и они получают поддержку и лечение.



2. Вторая группа методов располагается в области *целостного* отношения к здоровью. Специалисты в области формирования здорового образа жизни справедливо отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого. Врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активизирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. *Здоровый образ жизни*: с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни, — создает основу для быстрого и эффективного восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают *социальную поддержку и социальную интеграцию*. Семейная и групповая терапия могут быть отнесены в эту категорию. Сюда также можно включить развитие сети самопомощи, формирование и поддержка общественных организаций. Очень важна точная оценка социальных навыков, тренировка этих навыков, уменьшение иррациональных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений. В эту категорию относятся традиционные психоаналитические инструменты и формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления.

4. Последнюю, четвертую, категорию лучше всего охарактеризовать как *терапия*. Она включает в себя работу с горем, гашение фобических реакций посредством работы с сопутствующими травматическими образами, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов, рассказывание травматической истории, ролевые игры, гипнотерапия и многие индивидуализированные виды психотерапии, которые соответствуют базовым принципам ПТТ.

## ТЕРАПИЯ

### Психофармакотерапия

В случаях острого ПТСР к фармакотерапии прибегают при сильном возбуждении или потрясении больного. Целесообразно назначение лекарственных средств и при лечении хронического ПТСР.

Важнейшими целями фармакотерапии при лечении ПТСР являются:

- редукция клинической симптоматики, в том числе, тревожно-фобических и депрессивных расстройств, навязчивых воспоминаний, симптомов нейровегетативной дисфункции и нарушений сна;
- снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка его морального духа, купирование чувства вины.

### Медикаменты, используемые для лечения ПТСР

Применяются различные группы препаратов: трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО, селективные ингибиторы реаптейка (обратного захвата) серотонина (СИРС), бензодиазепины, седативные нейролептики, препараты, влияющие на адренергическую иннервацию, нормотимики.

#### *Бензодиазепины:*

Ativan (lorazepam)	Elenium (chlordiazepoxide)	Tranxene (clorazepate)
Dalmane (flurazepam)	Tazepam (oxazepam)	Seduxen (diazepam)
Halcion (triazolam)	Dormicum (midazolam)	Xanax (alprazolam)
Anteplepsin (clonazepam)	Rudotel (medazepam)	Phenazepamum



**Антидепрессанты:**

Fevarin (fluvoxamine)	Lerivon (mianserin)	Remeron (mirtazapin)
Zoloft (sertraline)	Melipramin (imipramine)	Desyrel (trazodone)
Prozac (fluoxetine)	Triptizol (amitriptyline)	Sinequan (doxepin)
Paxil (paroxetine)	Anafranil (clomipramine)	Petilil (desipramine)

Терапия проводится с учетом имеющейся психопатологической симптоматики. Так, при выраженной тревоге с ажитацией необходимо подключать мощные транквилизаторы (феназепам, лоразепам, ксанакс) или использовать прием небольших доз седативных нейролептиков (хлорпротиксен, сонapakc, тизерцин).

Однако наиболее широко для лечения ПТСР используются антидепрессанты. Теоретической предпосылкой использования антидепрессантов при ПТСР является не столько доминирование депрессии, сколько проявления обсессивно-компульсивной симптоматики, навязчивые представления и тревожно-фобические переживания. Наряду с широким кругом симптомов, подвергающихся редукции при приеме антидепрессантов, к их несомненным преимуществам следует отнести минимальную возможность злоупотребления этими препаратами и формирования зависимости, что имеет большое значение при ПТСР.

При назначении трициклических антидепрессантов верхняя граница дозы определяется либо улучшением состояния больного, либо развитием нежелательных побочных эффектов. Лечение должно продолжаться 6–8 недель, прежде чем врач сможет судить о результатах проводимой терапии. В последние годы широко используются серотонинергические антидепрессанты (золофт, феварин, прозак), которые наряду с непосредственным антидепрессантным, противотревожным и вегетостабилизирующим действием, эффективны при обсессивно-компульсивных и эксплозивных (вспышках агрессивности) расстройствах, уменьшают влечение к алкоголю. Назначение препаратов из группы СИРС имеет некоторые особенности в связи с тем, что в начале терапии серотонинергическая стимуляция может привести к временному усилению тревоги и симптомов вегетативной дисфункции. Поэтому их прием лучше начинать с небольших доз с постепенным их наращиванием до терапевтически эффективных, а в первые две-три недели лечения целесообразно сочетать прием СИРС с небольшими дозами транквилизаторов (ксанакс-ретард, феназепам, седуксен).

При злоупотреблении лекарственными средствами, или при выраженной импульсивности больного, можно применить финлепсин (карбамазепин) или соли лития.

Исходя из роли повышенной адренергической активности в поддержании симптомов ПТСР, в лечении используются  $\beta$ -блокаторы (анаприлин, атенолол, пропранолол) или  $\alpha_2$ -адреномиметики (клонидин).

Транквилизаторы из группы бензодиазепинов назначают при наличии обильной тревожной и нейровегетативной симптоматики (транксен, ксанакс, седуксен и др.), а так же при выраженных расстройствах сна (хальцион, дормикум).

Лекарственная терапия при ПТСР всегда должна сочетаться с психотерапией.

### **Краткие схемы использования некоторых лекарственных средств при ПТСР**

#### **1. Диазепам (седуксен, реланиум, сибазон)**

**Доза.** 5–10 мг перорально 2–3 раза в сутки, при острой ажитации 5–10 мг внутримышечно или внутривенно.

**Побочные эффекты.** Сонливость, усталость, гипотензия, парадоксальное возбуждение.

**Меры предосторожности.** Длительное применение может вызвать физическую зависимость, то есть симптомы отмены после внезапного прекращения приема препарата; наиболее часто возникает у пациентов, злоупотреблявших алкоголем или психоактивными веществами.

#### **2. Альпразолам (ксанакс)**

**Доза.** 0,25–0,5 мг внутрь 3 раза в сутки, можно повысить дозу до 4–6 мг в сутки.

**Показания.** Страх, тревога, эмоциональное напряжение, симптомы вегетативной дисфункции, депрессивные состояния.

#### **Альпразолам-ретард (ксанакс-ретард)**

**Доза.** По 0,5 мг внутрь 1–2 раза в сутки в зависимости от тяжести состояния.

Максимальная дозировка до 4 мг в сутки.

**Побочные эффекты.** Сонливость, когнитивные нарушения, гипотензия.

#### **3. Имипрамин (мелипрамин)**

**Доза.** Начальная по 25 мг 2 раза в сутки, с повышением до 150–200 мг в сутки.

**Побочные эффекты.** Сонливость, спутанность, антихолинергические эффекты (сухость во рту, тахикардия, аритмии), запор, задержка мочеиспускания.



**4. Буспирон (буспар)**

*Доза.* 5 мг 2 раза в сутки, повышение до 15–45 мг в сутки.

*Показания.* Тревожные расстройства.

*Побочные эффекты.* Головная боль, головокружение. Не вызывает перекрестной толерантности с бензодиазепинами.

**5. Пропранолол**

*Доза.* 10 мг 2–3 раза в сутки, повышение до 80–160 мг в сутки; возможен прием по 20–40 мг за 30 мин до вызывающего тревогу события.

*Показания.* Внутреннее напряжение, тревога, симптомы адренергической гиперстимуляции.

*Побочные эффекты.* Брадикардия, гипотензия, сонливость. Пропранолол не следует назначать больным астмой.

**6. Клоназепам (антелепсин)**

*Доза.* 0,25–0,5 мг 2 раза в сутки, повышение до 2–6 мг в сутки.

*Показания.* Тревога, дисфории, импульсивные действия.

*Побочные эффекты.* Сонливость, атаксия.

**7. Кломипрамин (анафранил)**

*Доза.* Начиная с 12,5–25 мг 2 раза в сутки, в необходимых случаях дозу повышают до 150–300 мг в сутки.

*Показания.* Депрессии; тревожные, обсессивно-компульсивные и фобические расстройства; хронические алгические синдромы.

*Побочные эффекты.* Головные боли, головокружение, сухость во рту, задержки мочеиспускания и эякуляции.

**8. Клонидин (клофелин)**

*Доза.* Начальная по 0,075 мг 2–4 раза в сутки, возможно повышение до 0,3–0,45 мг в сутки.

*Показания.* Соматические симптомы тревоги, раздражительность, артериальная гипертензия.

*Побочные эффекты.* Сухость во рту, запоры, гипотензия, сонливость.

9. Сертралин (золофт)

*Доза.* Начиная с 12,5–25 мг 1 раз в день с постепенным повышением до 50–200 мг в сутки.

*Показания.* Депрессии, дисфории, вспышки агрессивности, обсессивно-компульсивные и фобические расстройства, хронические алгические синдромы.

*Побочные эффекты.* Тошнота, диарея, тремор, задержка эякуляции.

10. Флуоксетин (прозак)

*Доза.* Обычно 20–40 мг в день, реже доза повышается до 60–80 мг в сутки.

11. Флувоксамин (феварин)

*Доза.* Начальная 50 мг в один прием, возможно повышение до 150–300 мг в сутки в 2 приема.

*Показания.* Депрессии, дисфории, вспышки агрессивности, обсессивно-компульсивные и фобические расстройства, хронические алгические синдромы.

12. Транксен (клоразепат)

*Доза.* Начиная с 5–10 мг в сутки в один прием. При необходимости дозу увеличивают до 25–100 мг в сутки.

*Показания.* Психические и соматические проявления беспокойства, тоски, дневной тревоги.

*Побочные эффекты.* Сонливость, мышечная гипотония; в период лечения препаратом следует избегать употребления алкоголя.

13. Карбамазепин (финлепсин)

*Доза.* Начальная 200–300 мг в сутки в 2–3 приема, максимальная до 600–800 мг в сутки.

*Показания.* Аффективная напряженность, частые дисфории, импульсивность.

*Побочные эффекты.* Головокружение, сонливость, заторможенность.

14. Миансерин (леривон)

*Доза.* Начальная 15–30 мг в сутки, максимальная до 150 мг в сутки.

*Показания.* Депрессии, тревожные расстройства, нарушения сна.

*Побочные эффекты.* Сонливость, слабость, головная боль, тошнота.

## **Психотерапия**

Психотерапия при ПТСР ставит своей целью помочь человеку переработать проблемы и овладеть симптомами, которые продуцируются в результате соприкосновения с травматической ситуацией. Один из эффективных подходов — помочь человеку отреагировать на травматический опыт, обсуждая и заново переживая мысли и чувства, связанные с травмой в безопасности терапевтической обстановки. Это приводит к совладанию с реакциями, которые ранее были неуправляемыми. Такой подход может потребовать, чтобы пациент вновь погружался в пережитые события, рассматривая и анализируя свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали происшедшее. Психотерапевтическое лечение человека, страдающего от ПТСР, в зависимости от выраженности психологической дезадаптации может продолжаться от 6 месяцев до нескольких лет.



Оценка длительности необходимого лечения — важный параметр для прогноза эффективности реабилитации, и еще более это важно для экспертного психиатрического заключения, когда очень осторожно определяется общий уровень ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности. Например, пациент с ПТСР, который хорошо адаптируется на новой работе, успешно регулирует взаимоотношения с близкими, не имеет проблем в интимных отношениях, старательно и настойчиво работает в терапии, скорее всего, оправдает хороший реабилитационный прогноз и вряд ли потребует расширения и углубления терапии.

Другой аспект психотерапии можно назвать дидактическим, или образовательным. Как правило, пациенту тем или иным образом сообщают о том, что он может ожидать через несколько дней, недель или месяцев. Если изменения, которые ожидалось, не проявляются, то это может переживаться как чувство утраты контроля или «ненормальность». Эти чувства могут еще более усилить травматизацию пациента, временно повышая тревогу и задерживая восстановление. Этот аспект терапии нуждается в проработке либо в индивидуальной сессии, либо в групповой работе. Такая проработка должно осуществляться под руководством подготовленного психотерапевта, который имеет опыт как в проведении групповой работы с больными ПТСР, так и в индивидуальной помощи людям с такими состояниями.

Психотерапевты, работающие с пациентами, пережившими военные травматические случаи, пришли к выводу, что терапия может быть разделена на три стадии:

- 1) установление доверительного безопасного контакта, дающего право на «получение доступа» к тщательно охраняемому травматическому материалу;
- 2) терапия, центрированная на травме, с исследованием травматического материала по глубине, анализом интрузивных проявлений, работой с избеганием, отрешенностью и отчужденностью;

3) стадия, помогающая пациенту отделиться от травмы и воссоединиться с семьей, друзьями, и обществом.

4) Было отмечено, что пациенты, которые достигают третьей стадии, готовы сконцентрироваться почти исключительно на проблемах «здесь и сейчас» относительно брака, семьи и многих других текущих событий.

### *Особенности психологической коррекции при ПТСР*

Так как психологический фактор при ПТСР выступает как один из этиологических, то его коррекция в значительной степени совпадает с содержанием психотерапии — одного из компонентов лечебного и реабилитационного процесса.

Коррекционные программы в основном должны быть направлены на:

- коррекцию «Я»;
- достижение объективности собственной оценки;
- реабилитацию «Я» в собственных глазах и достижение уверенности в себе;
- коррекцию системы ценностей, потребностей; их иерархии; приведение притязаний в соответствие со своими психофизическими возможностями;
- коррекцию отношения к другим; достижение способности к эмпатии и пониманию переживаемых другими состояний и их интересов;
- приобретение навыков равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;
- коррекция неадекватного образа жизни и подавленности.

## НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ ПРИ ПТСР

### Поведенческая терапия

Традиционно считается, что поведенческая психотерапия наиболее эффективна при коррекции ПТСР. Согласно принципу, на котором основывается этот вид терапии, для изменения поведения не обязательно понимать определяющие его психологические причины. Цель ее — главным образом, формировать и укреплять способность к адекватным действиям, приобретению навыков, позволяющих улучшить самоконтроль.

Методы поведенческой терапии включают положительное и отрицательное подкрепление, наказание, систематическую десенсибилизацию, подкрепление, градуированное представление и самоконтроль.

Поведенческая терапия сосредотачивается на замене неприемлемых действий приемлемыми и использовании некоторых методов, ведущих к уменьшению или прекращению нежелательного поведения. Например, одна из техник обучает пациентов диафрагмальному дыханию для снятия беспокойства. Терапия может проводиться с использованием *систематической десенсибилизации* (постепенного, поэтапного привыкания к пугающей ситуации), либо иметь вид «*метода наводнения*» (пациентов ставят в пугающую их ситуацию и помогают с ней справиться). Метод «наводнения» считается более действенным.



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

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

## **Когнитивная психотерапия**

В основе некоторых современных подходов к изучению посттравматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции являются личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она значительно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса. Данные, полученные многими исследователями, свидетельствуют о том, что более интенсивные проявления посттравматических расстройств соотносятся как с личностными (экстернальный локус контроля, эмоционально сфокусированный стиль преодоления стресса), так и с социальными факторами (недостаточность социальной поддержки).

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические отклонения являются следствием неточной оценки событий, и изменение оценки этих событий, следовательно, должно вести к изменению эмоционального состояния пациента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, которые вызывают приступы паники и другие признаки беспокойства. Устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее, путем оспаривания их уместности.

Когнитивная терапия основана на теории, в соответствии с которой поведение человека определяется его мыслями о самом себе и его роли в обществе. Деадаптивное поведение обусловлено укоренившимися стереотипными мыслями, которые могут привести к когнитивным искажениям или ошибкам в мышлении. Эта теория ориентирована на коррекцию подобных когнитивных искажений и являющихся их следствием поведенческих установок, направленных на самозащиту. Когнитивная терапия представляет собой краткосрочный метод лечения, как правило, рассчитанный на 15–20 сеансов, проводящихся около 12 недель. В этот период пациенты должны осознать свои собственные искаженные представления и установки. Домашнее задание заключается в следующем: пациентов просят написать, что они чувствуют в определенных стрессовых ситуациях (таких, как «я несовершенен» или «никому до меня нет дела») и определить частично неосознаваемые, лежащие в их основе предположения, которые провоцируют появление негативных установок. Такой способ называется *распознаванием и коррекцией произвольных мыслей*. Когнитивная модель депрессии включает когнитивную триаду, которая представляет собой описание мысленных искажений, характерных для человека, находящегося в депрессии. Эта триада включает отрицательное отношение к самому себе, негативную интерпретацию настоящего и прошлого жизненного опыта и пессимистичный взгляд на будущее.



## **Психодинамическая психотерапия**

Психодинамическое направление подчеркивает роль конфликтов, возникших из-за несоответствия личностных ценностей и внутренней картины мира пациента действительности травмирующей ситуации. Поэтому коррекция в этом психотерапевтическом направлении состоит в исследовании системы ценностей и потребностей человека и того, как поведение и опыт травматической ситуации нарушило их; в разрешении возникших в связи с этим сознательных и бессознательных конфликтов; в переводе разрушительной энергии в созидательную в атмосфере понимания, принятия и эмоционального комфорта.

Выведение вытесненных событий на уровень сознания, их эмоциональное отреагирование, освобождает человека от систематической амнезии, связанной с тенденцией избегать определенных негативно окрашенных воспоминаний и представлений. Для этой цели широко используются проективные методики.

Работа также направлена на восстановление самоуважения и самообладания, развитие здорового уровня личностной ответственности, восстановлении целостности «Я».

## **Клиентцентрированная (роджерсовская) психотерапия**

Клиентцентрированная терапия уделяет внимание полной проработке пациентом четырех этапов субъективного переживания кризиса:

1. Ощущение психологического дискомфорта — начало осознания кризиса. Прилагаемые усилия, чтобы выйти из травмирующего состояния, приводят к усилению и усугублению кризиса.
2. Усиливается и нарастает ощущение изоляции и одиночества.
3. Сделка, торговля, бартер. Предпринимаются попытки использовать более легкие средства, чтобы улучшить эмоциональное состояние (алкоголь, секс, витамины, отдых и т.д.).

4. Депрессия. Психическая энергия, которая затрачивается на избегание травмирующего состояния и подавления чувств, сковывает и изнуряет человека. Возникает чувство усталости и беспомощности. На этой стадии человек обращается к психотерапевту — это начало принятия кризиса и поиска выхода из него.

Основная задача психотерапевта — помочь пациенту осознать возможность трансформации его кризисного состояния, увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни. Прежде всего, консультант информирует пациента о необходимости соблюдения психологической гигиены, изменяет его установку по отношению к другим людям — учит отделять личность от ее поведения. Терапевт помогает пациенту выразить свои чувства, отстраниться и посмотреть на ситуацию со стороны, завершить незавершенное, найти опору в себе. На следующей стадии идет работа над осознанием причин появления кризиса и принятием ответственности за свое состояние самим пациентом. В результате пациент приходит к пониманию происходящего и к осознанию конечности кризиса. Ослабеваает страх перед будущим. Таким образом, проходя все этапы кризиса, психотерапевт трансформирует, изменяет состояние пациента, учит его, как не быть жертвой. Заключительная стадия работы — это «кристаллизация идеи будущего». Обсуждение новых возможностей и новых действий, принятие ответственности за предстоящие изменения. Психологическая поддержка новых действий пациента.

## Логотерапия

Логотерапия занимается смыслом человеческого существования и поисками этого смысла. Травма нарушает привычный ход жизненного пути, деформирует жизненный мир и создает ощущение потери смысла жизни.

В структуру ПТСР входит симптоматика, соответствующая проявлениям так называемых ноогенных неврозов. Специфической сферой применения логотерапии как раз и являются ноогенные неврозы, порожденные утратой смысла жизни. В этих случаях используется методика *сократовского диалога*, позволяющая подтолкнуть пациента к открытию им для себя адекватного смысла жизни. Важную роль при этом играет личность самого психотерапевта, хотя навязывание им своих смыслов недопустимо.

При любых обстоятельствах человек способен занять осмысленную позицию по отношению к травматическим обстоятельствам и придать своему страданию глубокий жизненный смысл. Таким образом, жизнь человека никогда не может оказаться бессмысленной. Практические достижения логотерапии связаны как раз с ценностями отношения, с нахождением людьми смысла своего существования в ситуациях, представляющихся безвыходными. С принятием решения, с выбором сопряжена ответственность человека за свою жизнь. Проблема ответственности — узловая проблема логотерапии: найдя смысл, человек несет ответственность за осуществление этого уникального смысла собственного существования. При этом важно помнить, что вовлеченность в жизнь — самое эффективное средство против бессмысленности: обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить. Эти формы вовлеченности обогащают человека и являются мощнейшим противовесом ощущению утраты смысла жизни.



## **Групповая психотерапия**

Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, то есть всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях. Принципиально, групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только психотерапевт. Наряду с другими психотерапевтическими методами групповая психотерапия (точно также, как и индивидуальная форма) применяется в рамках различных теоретических ориентаций, которые и определяют ее своеобразие и специфику: конкретные цели и задачи, содержательную сторону и интенсивность процесса, тактику психотерапевта, психотерапевтические мишени, выбор методических приемов и др.

Групповую психотерапию отличают от психотерапии в группе и коллективной психотерапии. Последние предполагают, по сути дела, использование любого психотерапевтического метода в группе пациентов (гипноз, аутогенная тренировка, убеждение, переубеждение и др.). В этом случае психотерапевт воздействует психологическими средствами на большое количество пациентов одновременно, однако не использует систематически в лечебных целях взаимоотношения и взаимодействия, возникающие между пациентами в группе.

Групповая терапия является важной частью коррекции ПТСР. Травма часто отрицательно воздействует на способность человека создавать и поддерживать отношения с другими людьми. Групповая терапия помогает людям с ПТСР восстанавливать доверие к людям, а также способность иметь здоровые отношения с другими. Существуют группы различного типа. Среди них различают группы, которые обеспечивают поддержку и закрепление социальных навыков, группы, направленные на облегчение специфических симптомов, и группы, которые главным образом ориентированы на формирование адекватной самооценки. Группа может быть гетерогенной и гомогенной в зависимости от диагноза у ее членов. Для коррекции посттравматического стрессового расстройства используют преимущественно гомогенные группы. Как правило, терапия направлена на обучение социальным навыкам и моделирование социальных ситуаций посредством выполнения практических заданий в рамках группы.

## **Гештальттерапия**

Гештальттерапия традиционно рассматривается как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств. Она также с успехом применяется при терапии многих психосоматических расстройств, в работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов. Это дает возможность использования ее при работе с участниками военных действий, имеющих диагноз ПТСР.

Целью терапевтической работы является снятие блокировки и стимулирование процесса развития человека, реализация его возможностей и устремлений, создавая внутренний источник опоры и оптимизируя процессы саморегуляции. Основным теоретическим принципом гештальттерапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать выбор. Ключевым аспектом терапевтического процесса является осознание и переживание контакта с самим собой и окружением. Внимание и активность терапевта концентрируются на том, чтобы помочь пациенту в расширении и обогащении осознания и способности переживания своего контакта с окружающим и внутренним миром. Много внимания уделяется повышению осознания различных установок и способов поведения и мышления, которые закрепились в прошлом. Также важно раскрытие их значений и функций в настоящее время.



Традиционно гештальттерапия используется в групповых методах работы, однако, по данным зарубежных авторов, при работе с лицами, страдающими ПТСР, более эффективна индивидуальная терапия. Невротическое состояние индивида в гештальттерапии предполагает неспособность человека полностью контактировать (завершать цикл контакта) с собой и окружающей средой, следствием чего является определенная незавершенность ситуации. Одним из симптомов ПТСР является неспособность человека ориентироваться на длительную жизненную перспективу, то есть человек не планирует заниматься карьерой, жениться, иметь детей. Таким образом, речь идет о неспособности индивида выделять потребности (фигуры) из фона. Происходит прерывание контакта уже на первой стадии. В этом случае, когда истинные потребности остаются за гранью осознания, они могут заменяться потребностями других людей.

Существует пять основных механизмов прерывания контакта, при которых энергия, необходимая для удовлетворения потребностей и для развития пациента, оказывается рассеянной и ошибочно направленной. Это проекция, конфлюенция, ретрофлексия, дефлексия и интроекция. Целью терапии является восстановление способности индивида к естественному функционированию цикла контакта и, следовательно, работа с механизмами его прерывания.

При *конфлюенции* (или слиянии) границы между человеком и миром стираются, чувство отличия исчезает. В таком состоянии находится младенец, не способный еще к различению мира и себя. Во время экстаза, медитации человек также может ощущать себя слитым с миром воедино. Однако, если такое слияние и стирание границ между собой и окружением становится хроническим, человек перестает понимать, кто же он есть в самом деле, существует ли он вообще, утрачивает способность к реальному контакту с миром и с самим собой. Так для участников военных действий характерна конфлюенция с теми, кто, как и они, участвовали в боевых действиях. Об этом свидетельствует употребление ими местоимения «мы», когда речь идет об их индивидуальных переживаниях. Они часто неспособны отличать свои собственные переживания от переживаний своих сослуживцев. В данном случае работа должна проводиться в направлении дифференциации человека от его слияния с другими.

Термин *ретрофлексия* (буквально: «обращение назад на себя»). То есть, начиная контакт с окружающей средой, человек по каким-то причинам прерывает его и обращает действие на себя. Он становится и субъектом, и объектом всех своих действий, целью собственного поведения. Таким образом субъект делает себе то, что предназначено окружающей среде. Для больных с ПТСР характерно наличие раздражительности и агрессивности. Если такие больные не умеют выражать свои чувства в приемлемой форме, то они либо совершают какие-либо brutальные действия, либо, удерживая агрессивные тенденции, как бы проецируют собственные негативные чувства на свое тело. В этом случае возникают различные психосоматические расстройства, такие как хроническое мышечное напряжение, повышение артериального давления, язва желудка, боли в области сердца, затруднение дыхания и др.

В гештальттерапии существует стратегия работы с соматическими и психосоматическими заболеваниями, состоящая из четырех этапов.

1. Генерализация проекции. Пациенту предлагается побыть своей болезнью и поговорить от ее имени. Можно расспросить пациента о характере болезни, попросить описать ее.

2. Проявление активной нереализованной потребности, стоящей за больным органом. Следует сделать акценты на позитивном аспекте болезни («Зачем ты, сердечная боль, нужна мне?», «Что ты можешь дать мне ценного и необходимого, без чего я не могу обойтись?»). Осознание этой потребности.

3. Выражение заблокированного чувства, осознанной потребности по направлению к личностному окружению.

4. Интеграция полученного опыта, включение его в систему целостной личности.

При работе с пациентом следует проанализировать функциональное значение болезни, степень ее жизненной важности, то есть выяснить что значит для него быть больным такой болезнью («Что значит быть для тебя гипертоником?»). Выяснить, в чем заключается личностный смысл этой болезни для окружения, семьи, какое экзистенциальное послание может скрываться за этим симптомом и какими альтернативными путями оно может быть передано окружающим.



Человек, для которого характерна *дефлексия*, пытается избежать непосредственного контакта с окружением, другими людьми, проблемами и ситуациями. Во время сеанса дефлексия, или уклонение от реального контакта, может проявляться в форме общих фраз, болтливости, шутовства, избегания смотреть в глаза собеседнику, ритуальности и условности поведения. В этом случае энергия рассеивается, так как индивид воздерживается от использования ее в полной мере тогда, когда это необходимо, или не умеет ее сконцентрировать таким образом, чтобы предпринять четко направленное действие. Это характерно для симптома избегания, выраженного при ПТСР, который проявляется в избегании обсуждения и работы с травмирующим опытом, поскольку это требует больших психологических нагрузок. Пациент уходит в пустые рассуждения, не касающиеся трудных переживаний, и в этом случае может быть применима импрессивная техника, которая состоит в том, чтобы прерывать пациента в каких-либо действиях, например, в избегании контакта или же ухода в болтовню.

Существует противоположная, экспрессивная техника, которая заключается в максимизации эмоций, жестов, позы, которую принимает пациент. То есть, отслеживая в процессе сеанса невербальные проявления и отметив какую-либо позу пациента или жест, мимику, следует предложить пациенту усилить это. Таким образом пациент может выйти на новый уровень понимания своего состояния и осознать свою скрытую эмоцию.

Как уже отмечалось ранее, у лиц с ПТСР присутствует выраженная агрессия, которая может не только ретрофлексироваться, но и проецироваться, то есть уже будет задействован механизм *проекции*. С этим механизмом связан отказ за какие-либо действия или явления, возникающие в самой личности, которые приписывают окружению или безличным факторам путем опредмечивания себя («что-то толкнуло меня на это», «что-то заставило меня это сделать»). Так пациент с ПТСР будет считать другого человека очень агрессивным, потому что он не может принять то, что он сам агрессивен и беспокоен. В данном случае можно также применить супрессивную технику, — просто прервать проецирование пациента, предложив ему переадресовать высказывание. Если пациент говорит, что кто-то агрессивен, предложить сказать ему: «Я сам агрессивен» — несколько раз. Эта переадресация может помочь пациенту осознать свои настоящие чувства.

Для участников военных действий достаточно типична позиция жертвы, которая характеризуется снятием с себя ответственности за то, что происходит с ними сейчас и наделение окружающих этой ответственностью. Так, ответственность за свое нынешнее состояние возлагается на государство, армию, непонимание окружающих, а активность по улучшению своего состояния сводится до минимума. Таким образом, можно говорить об интроективности позиции жертвы у участников военных действий. *Интроекция* (или «проглатывание непереваренным») — механизм присваивания стандартов, норм, способов мышления, отношений к действиям, которые не ассимилируются, — не становятся собственными. Для работы с интроектом «Жертва» предлагается ассимилятивно-аккомодационная модель работы с интроектами, в основе которой лежит активация ассимилятивного механизма в поведении пациента и побуждение его к «включению» механизма адаптации.

На определенном этапе работы с пациентом, когда терапевт сочтет это возможным, оценив динамику развития психотерапии, характер прорабатываемых тем, готовность пациента к работе с глубокими переживаниями, пациенту предлагается обсудить события, когда он чувствовал себя несправедливо обиженным. Таким образом могут быть выявлены интроекты, которые можно соотнести с позицией, ролью жертвы интроективного характера, выражения типа «они должны мне...», «им следует...».

На первом этапе работы предлагается руководствоваться двумя ключевыми моментами. Первый из них связан с необходимостью осознания того, что комплекс исключительности и обусловленная им установка на иждивенческое поведение не являются продуктивным решением внутренних проблем, вызванных участием в боевых действиях. «Переваривание» интроекта следует первоначально осуществлять с опорой на актуальный опыт субъекта. Возможным вариантом начала работы может быть перечисление людей и ситуаций, когда пациенту, по его мнению, «должны». Например: «Доктора должны меня лечить, им за это деньги платят». Особый интерес при этом представляют те из эмоционально окрашенных высказываний, в которых в качестве должностования выступают социальные институты. Отобрав одно из них можно приступить к ассимиляции интроекта. Для этого целесообразно, чтобы пациент попытался развернуть, обосновать должностование, то есть выдвинуть те причины, по которым ему должны. Во время его высказываний необходимо обращать внимание пациента на то, каким тоном он это говорит, что он чувствует при этом.



После проработки данного материала возможно использование изменения вектора высказываний, то есть целесообразно привлечь внимание субъекта к мысли о том, что в этой жизни и он кому-то должен. Процедура может строиться по стандартной методике гештальттерапии «Сила языка», описанной в книге К. Рудестама «Групповая психотерапия». Пациенту предлагается сесть лицом к психологу и, глядя ему в глаза, сказать три фразы, начиная каждую словами «Я должен...». После этого ему вновь предлагается вернуться к своим фразам и заменить в них начало на «Я предпочитаю...», сохранив при этом неизменными остальные части предложения. Затем желательно узнать переживания пациента, вызванные этими действиями.

Далее можно еще раз изменить ситуацию, сделав субъекта «мишенью» своих долженствований. Процедура практически не меняется. Пациенту вновь предлагается произнести эти же три фразы, начинающиеся со слов: «Для себя я должен...», «Себе я должен...» и т.п., а затем сменить их на «Я хочу...», «Для себя я хочу...». Делясь своими переживаниями по поводу проведенного эксперимента, пациенту следует осознать происходящие изменения, отметить, ведет ли замена «установки необходимости» на «установку желания» к ощущению свободы или к облегчению, изменилась ли актуальность установки «должны мне» или же она потеряла свою остроту, повысилась ли ответственность за собственные мысли, чувства, действия.

Второй этап работы с интроектом «Жертва» связан с включением механизма аккомодации, что достигается путем создания для пациентов условий, побуждающих их к перестройке самих сценариев, их прилаживания к новой для них в личностном плане ситуации. В данном случае можно применять множество техник, однако их должна объединять одна общая черта, основа которой — переход в психологическом плане на противоположный полюс.

Так, одной из процедур, отвечающей требованию смены полярностей, может выступать упражнение «Кто я?» на *разотождествление* (дезидентификацию). Его проведение необходимо, чтобы активизировать осознание пациентами ролевой структуры. Одновременно требуется определить, входит ли в нее роль «Жертва» и насколько она актуальна (для этого целесообразно использовать процедуру ранжирования ролей по степени их значимости для субъекта).

Разотождествление следует проводить по направлению от частных ролей (работник, член общества) к ролям, наполненным экзистенциальным смыслом (человек, субъект), и далее по направлению к ощущению своей самости, своего собственного, истинного Я. Процедура разотождествления может выглядеть следующим образом.

«Сядьте удобно, выпрямив спину. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов. Затем повторяйте вслух или про себя:

Я — военный. Как военный я могу быть... Как военный я должен выполнять...и т.д. Но я не только военный. Я еще и отец. Как отец я могу ... Но выполняемая мной роль отца — это не Я.

Я — жертва. Как жертва военных действий я испытываю... Но жертва — это только роль. Моя роль жертвы — это не Я.

У меня есть эмоции, но Я — это не мои эмоции.

У меня есть интеллект, но Я — это не мой интеллект.

Я — центр — чистого самосознания. Я — центр воли.

Я это постоянное и неизменное Я».

Это упражнение можно выполнять по несколько раз. Постепенно оно становится упражнением на самоотождествление. Как показывает практика, обучаясь не отождествляться со своими ролями, эмоциями, интеллектом, пациент тем самым приобретает ощущение своего собственного Я, которому чуждо быть зависимым от других, от особенностей социальных, экономических и экологических условий жизни.

В гештальттерапии применяются многие психодраматические техники. Так, отождествление пациентом самого себя с чувством или эмоцией, которые он испытывает, может быть применимо при таком проявлении ПТСР как чувство «вины выжившего», которое в отечественной психотерапевтической практике отражено в описании динамики постстрессовой реабилитации выживших членов экипажа после аварии на подлодке «Комсомолец». У бывших участников военных действий это может проявляться чувством вины за то, что он остался в живых, а его друзья погибли. В данном случае можно предложить пациенту побыть своей виной и поговорить от ее имени. Таким образом, пациент может осознать, что полезного дает ему ощущение вины и найти более приемлемый способ получения этого.

Здесь также может быть задействована классическая техника «двух стульев», которая также является психодраматическим методом. Она заключается в проигрывании пациентом одному или с помощью терапевта незаконченных ситуаций, волнующих пациента. Пересаживаясь с одного стула на другой и попеременно идентифицируя себя с людьми, участвующими в той травмирующей ситуации, пациент может завершить ее, попросив прощения у погибших и выразив им свои чувства. Эта техника может быть применима и без пересадки пациента на разные стулья, при простом представлении значимого лица рядом и высказывании ему своих чувств. Данная техника помогает пациенту прожить и завершить травмирующее его незаконченное действие.



Одним из основных симптомов ПТСР являются кошмарные сновидения, повторяющиеся воспоминания о психотравмирующих ситуациях. Хотя большинство авторов придерживается мнения, что ночные кошмары о военных травмах не несут глубинного личностного смысла, по данным последних зарубежных работ можно все же говорить о том, что кошмарные сновидения являются выражением какого-то скрытого конфликта. В данном случае возможна работа с этими сновидениями в рамках гештальттерапии. Различные элементы сна рассматриваются как проекция отдельных частей личности человека, видящего сон. Сон рассматривается как экзистенциальное послание, с которым спящий обращается к самому себе. Для этого пациенту предлагается последовательно идентифицировать себя с разными элементами сна таким образом, чтобы присвоить обратно свои проекции. Важно воспроизвести сон со всех точек зрения, то есть побывать в роли каждого персонажа сна, включая и неодушевленные предметы. Таким образом, пациент должен прожить, осознать и интегрировать отвергаемые им части личности.

Таким образом, гештальттерапия может применяться при следующих расстройствах, характерных для ПТСР:

- психосоматические расстройства;
- фобии и страхи;
- невротические расстройства;
- сексуальные расстройства психогенного характера;
- депрессивные проявления, суицидальные тенденции;
- нарушения сна (ночные кошмары);
- дезадаптирующие особенности личности (повышенная тревожность, агрессивность, раздражительность).

## **Семейная ПТТ**

Значительная распространенность разводов, супружеских конфликтов, семейных дисгармоний, злоупотребление алкоголем ветеранами войны в Афганистане, непонимание женами их состояний обуславливают необходимость проведения психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Целью психотерапии является гармонизация семейных отношений, улучшение взаимопонимания в семье, ликвидации у супругов негативных эмоциональных тенденций друг к другу.

Задачи групповой семейной психотерапии:

- ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности;
- установление адекватного отношения жены к проблемам мужа, связанных со службой в армии;
- ослабление невротизации жены;
- укрепление установки на здоровый образ жизни.

Основным методом является групповая психотерапевтическая дискуссия, соответствующая ориентации группы. Он основан на использовании в лечебных целях групповой динамики, которая возникает в результате взаимоотношений и взаимодействия членов группы между собой и членов группы с психотерапевтом или психологом. Очень важно применять вспомогательные методы групповой психотерапии: психогимнастику, музыкотерапию. Психотерапия строится в системе трехкомпонентной структуры межличностного взаимодействия: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), коннотивного (поведенческого) и реализуется в трех плоскостях личности: интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной. Таким образом проводится коррекция характерологических особенностей супругов, коррекция их межличностных отношений и нормализация процесса персонализации.

Как показывают зарубежные ученые, ПТТ семьи включает этап оценки и четыре этапа коррекции:

### *Этап оценки.*

Критерии, отличающие функциональные семьи от дисфункциональных:

- 1) травма в семье не отрицается, а принимается;
- 2) проблема распределяется на всю семью, а не лежит полностью на «жертве»;
- 3) семья ориентирована на решение проблемы, а не на обвинение;
- 4) семья характеризуется высокой толерантностью (терпимостью);
- 5) среди членов семьи существует высокая привязанность;
- 6) в семье принята открытая коммуникация;
- 7) семья характеризуется высокой сплоченностью;
- 8) обладает гибким распределением семейных ролей;



9) для решения проблем семья привлекает не только внутренние ресурсы, но и ресурсы за своими пределами;

10) в семье отсутствует насилие;

11) не принято использование наркотических средств.

*Этапы коррекции:*

1 этап: Построение терапевтического альянса.

Когда семья и терапевт приняли решение проводить психотерапию, на первом этапе необходимо, чтобы как можно больше членов семьи высказало свои личные переживания и неудовлетворенности в семейных отношениях. Психотерапевт демонстрирует признание и понимание их страдания. Демонстрация уважения терапевта к каждому члену семьи, создает атмосферу доверия и способствует продвижению терапии. Постепенное выдвигание на первый план индивидуальных различий в реакциях членов семьи ведет к следующей стадии.

2 этап: Воссоздание проблемы.

Каждый член семьи сообщает свое видение травматической ситуации. Слушая друг друга, члены семьи проясняют для себя, как проблема по-разному действует на каждого из них. Терапевт поощряет обсуждение, в ходе которого центр воздействия проблемы сдвигается от члена семьи, так называемой «жертвы», к воздействию на всю семью в целом. На этом этапе происходит распознавание, исследование, и преодоление чувства вины у жертвы. Всплывающие в ходе обсуждения положительные последствия травматического события (например, ценность жизни после близкого контакта со смертью), особо акцентируются.

3 этап: Переструктурирование проблемы.

После обсуждения личного опыта, эмоциональных реакций, и точек зрения каждого члена семьи в отдельности, все они объединяются в последовательное целое. Терапевт должен помочь семье переформулировать личный опыт и понимание проблемы в совместный опыт, чтобы в дальнейшем произошел процесс построения семейной «теории заживления». Часто ветераны страдают от изоляции, потому, что их жены, чувствуя беспомощность и невозможность помочь мужу в преодолении проявлений ПТСР, отказываются говорить с ними на темы трагедии. Помогая на этом этапе терапии ветерану воспринимать поведение жены как проявление любви, а не отвержения, терапевт, в конечном счете, стимулирует процесс возвращения утраченной семьей целостности и сплоченности. Проблема рассматривается как конечное препятствие, которое может быть преодолено.

4 этап: Развитие теории заживления.

Цель ПТТ семьи — формирование согласованного видения того, что случилось в прошлом, и оптимистического взгляда на будущие способности справляться с трудностями. Оценка, разделяемая всеми членами семьи, учитывающая реакции каждого, приносящая в семью сплоченность — это «заживляющая теория». Предполагается, что появление признаков формирования «заживляющей теории» может быть критерием успешного завершения семейной терапии.

### **Арттерапия (рисунок, сказка)**

В коррекции посттравматического стресса, как подчеркивают некоторые психотерапевты, может весьма эффективно использоваться арттерапия, обеспечивающая возможность катарсических переживаний. Арттерапия может быть использована как в индивидуальном, так и групповом контексте. Используется широкая гамма технических приемов (рисование, лепка из глины и пластилина, аппликация, работа с тканями и т.д.). Все они преломляются с учетом специфики терапии ПТСР. Например, темами для рисования могут быть: «Выраженный в цвете опыт переживаний бомбардировки», «Цвет, увиденный в момент взрыва», «Жизнь и смерть», «Любовь и ненависть» и др.

### **Кататимно-имагинативная психотерапия**

Кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) — широко распространенный за рубежом (в Германии, Австрии, Швейцарии и др. странах), но до сих пор мало известный у нас метод психотерапии, называемый иначе «метод сновидений наяву». Преимуществом данной системы является ее глубокая теоретическая проработка и детальная разработка всего комплекса психотерапевтических действий. Метод кататимного переживания образов (КПО) оказался клинически эффективным при краткосрочном лечении неврозов и психосоматических заболеваний, а также при психотерапии нарушений, связанных с невротическим развитием личности.



По данным многочисленных исследований, среди нервно-психических расстройств, отмечаемых у участников военных действий, доминирующее положение занимают пограничные расстройства (невротические состояния в 52,8%). Причем у ветеранов, имеющих признаки ПТСР, невротические синдромы отмечаются в несколько раз чаще, чем у ветеранов без признаков ПТСР. Также у людей, принимавших участие в военных действиях, выраженность психосоматического компонента жалоб увеличивается в 1,5 раза по сравнению с людьми, никогда не участвовавшими в военных действиях. При наличии ПТСР у ветеранов психосоматический компонент жалоб возрастает еще в 1,5 раза. Все это свидетельствует о возможности и необходимости применения метода КПО при психотерапии и психокоррекции нервно-психических и психосоматических расстройств у участников военных действий.

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

Вся система разделена на три ступени: основная ступень, средняя и высшая ступень. Психотерапевтический упор делается наряду с вмешательством в кризисных ситуациях на короткую терапию, не превышающую 30 сеансов.

## **Основная ступень при работе с ПТСР**

Стиль ведения на основной ступени КПО характеризуется дружественно-сдержанной установкой психотерапевта, который дает толчок отдельным мотивам. При этом его позиция скорее выжидательная, ни в коем случае не напирательная, оставляющая пациенту свободу действия. Вместе с тем, психотерапевт должен уметь при необходимости использовать и радикальные вмешательства (терапевтические интервенции).

Психотерапевтические воздействия будут различными в каждом отдельном случае, в зависимости от развития сновидения наяву и его эмоционального характера. Главное, на что можно ориентироваться при соответствующем вмешательстве — это сочувствующая и внутренне сопровождающая идентификация психотерапевта с соответствующей сценой сновидения наяву (эмпатия). Под этим понимается временная пробная идентификация с пациентом — с целью пережить то, что в этот момент эмоционально происходит с ним.

Каждому мотиву отводится отдельный психотерапевтический сеанс. В течение одного сеанса следует прорабатывать не более одного мотива. Если из-за нехватки времени не удалось исчерпать какой-то мотив, в дальнейшем к нему можно вернуться. Последовательность мотивов не должна быть жесткая. Нужно учитывать также индивидуальный психический темп для каждого отдельно взятого пациента.

Накопленный за несколько десятилетий опыт использования КПО свидетельствует о том, что происходит трансфер (перенос) символических пробных действий на реальное поведение пациента. При правильном использовании КПО трансфер происходит отчасти спонтанно. Здесь совершенно явно представлено бессознательное самодостижение способного к обучению «Я».

В настоящее время в символдраме, кроме стандартных мотивов, используется и представление реальных ситуаций, благодаря чему добиваются весьма быстрых и позитивных решений проблемы и изменений поведения. Большой сектор проработки — это фобические ситуации.

При создании первой концепции кататимно-имагинативной психотерапии исходили из теории конфликта. Пациент должен был переживать в образах такие сцены, которые несли в себе конфликт и проблемы, причем дозировано, приемлемым для него образом и, в то же время, регулярно. Однако, если пациент вопреки ожиданиям не выявляет конфликтного материала, а наоборот, представляет в панораме в значительной мере или исключительно приятные и гармоничные образы, психотерапевт не должен пытаться заставить его от этого отказаться. Этот процесс также будет иметь терапевтическое значение.

Для основной ступени отобраны мотивы, символическое значение которых представляет широкое поле для спонтанного развития индивидуальных проекций:

1. Мотив луга. Его можно использовать и как начало сновидения наяву, и как плоскость проекций актуальных конфликтов. Сценарий луга отражает более-менее осознанное настроение пациента. Символическое значение мотива луга очень широко.

Основные ведущие стимулирующие воздействия психотерапевта — исчерпать мотив в плане восприятия, по возможности, во всех подробностях, и выяснить связанные с ним настроения. Эти воздействия аналогичны и в других мотивах.



**2. Мотив ручья**, с просьбой проследовать либо вверх по течению до его истока, либо вниз по течению до устья. Мотив ручья можно считать выражением текущего психического развития, беспрепятственного развертывания психической энергии. В то же время вода — это жизненная сила, она освежает, бодрит, жизнь без нее немыслима. По ходу движения могут возникнуть мотивы препятствия-недопущения, указывающие на существование конфликта.

*Кататимная гидротерапия* (использование воды). Если вода воспринимается пациентом как приятная, использование воды может иметь позитивное воздействие. Существуют данные об использовании в процессе КПО образа воды, свидетельствующие о том, что различное применение воды по отношению к поврежденным частям тела или в местах, где испытываются боли, производило удивительный эффект, прежде всего, в случаях психосоматических симптомов, которые оставались резистентными по отношению к другим видам лечения.

3. Мотив горы. Мотив горы в предложенной здесь форме — это хорошая модель для отражения отношений с самыми значимыми людьми из раннего детства, которые сыграли свою роль в нарушении развития пациента. Активные действия пациента внутри ландшафта представляют собой анализ этих отношений в символической форме. Благодаря только одному этому, такой анализ лиц и отношений из раннего детства часто имеет высокую терапевтическую эффективность. Имеется высокая корреляция между высотой горы и уровнем притязаний представляющего этот образ пациента. Люди с высоким уровнем притязаний представляют высокую гору, подняться на которую очень тяжело. По особенностям восхождения мы можем судить не только об уровне притязания пациента, но также о его настроенности на достижение результата, какие действия для этого он предпринимает. В аспекте теории объектных отношений, подъем на гору имеет очень большое значение — идентификацию с важной отцовской или материнской фигурой. В некоторых случаях этот мотив требует много времени и на него уходит полностью весь сеанс.

4. Мотив дома. Прорабатывание этого мотива также требует много времени. Нередко в нем скрыт сложный конфликтный материал. Поэтому этот мотив следует предлагать пациентам, уже освоившимся с символдрамой и способным выдержать определенную нагрузку. В символическом плане дом переживается прежде всего как выражение собственной личности или одной из ее частей. В мотиве дома выражаются структуры, в которые пациент проецирует себя и свои желания, пристрастия, защитные установки и страхи. Одно только рассмотрение дома может произвести на пациента глубокое впечатление, если благодаря этому он догадывается или на предсознательном уровне ему открывается, что дом «выглядит» в нем именно «так».

5. Заглянуть во мрак леса. В данном мотиве пациент получает возможность стимулировать развитие бессознательного материала. На данный мотив могут проецироваться очень амбивалентные эмоциональные переживания. Поэтому важно помнить, что на основной ступени КПО не рекомендуется давать пациенту возможность входить в лес. В случае появления символических фигур необходимо учитывать два аспекта. На первом уровне интерпретации образ можно рассматривать, как воплощение близких людей, значимых лиц, оказавших особо важное влияние на пациента. Второй уровень интерпретации образов — это субъективный уровень, то есть образы могут воплощать бессознательные тенденции поведения и установки, которые он отщепляет от своего реального поведения. Цель терапии заключается в том, чтобы путем выхода из леса на луг вывести на свет сознания эти отщепленные и вытесненные пациентом тенденции. Для интеграции этих образов на основной ступени КПО используется принцип кормления и насыщения, а также примирения и нежного объятия. При этом следует избегать бегства или враждебных действий ради защиты.

Таковы мотивы основной ступени КПО. Работа с пятью первыми стандартными мотивами и проигрывание связанных с ними креативных сцен во многих случаях может быть достаточной, чтобы получить психотерапевтический эффект КПО. Основная ступень КПО составляет базис всего метода. При работе с мотивами основной ступени в ряде случаев можно использовать отдельные мотивы и методы средней ступени. Для исследования установки по отношению к сексуальности используется мотив поездки автостопом (для женщин) и символ куста розы (для мужчин). Этот мотив имеет важное значение для лечения сексуальных расстройств.



При работе с пациентами, страдающими психовегетативными и психосоматическими расстройствами, применяется следующий метод средней ступени КПО — представление больного органа или соответствующей части тела с указанием, что там должно обнаружиться какое-то изменение.

### Показания для применения КПО

Можно выделить следующие показания для применения КПО (основной ступени) при работе с ПТСР, в случае которых символдрама может оказаться эффективным средством лечения.

- Нейровегетативные нарушения и психосоматические симптомы.
- Тревожно-фобические расстройства.
- Депрессии непсихотического уровня.
- Коммуникативные нарушения и расстройства адаптации.
- Сексуальные нарушения психогенного характера.

В то же время, необходимо выделить ряд признаков, при наличии которых символдрама в лечении ПТСР окажется *неэффективной*.

1. Острые и хронические психозы. Символдрама в немодифицированном виде не используется при работе с этими расстройствами, так как может спровоцировать появление галлюцинаций и суицидальные попытки.

2. Грубые истерические расстройства и тяжелые депрессивные состояния.

3. Церебрально-органические синдромы. В данном случае работа осложняется из-за выраженной аффективной ригидности, характерной для данных состояний. Рекомендуется сделать 1–3 пробных сеанса, и, если никаких неблагоприятных последствий не будет, проводить КПО.

4. Недостаточное интеллектуальное развитие с IQ ниже 85.

5. Низкая мотивация пациента к проведению психотерапии.

При психотерапии лиц, страдающих ПТСР, методом КПО могут быть решены следующие задачи:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- формирование позитивного фона настроения, получение доступа к ресурсному состоянию;
- достижение релаксации, что, в свою очередь, усиливает яркость представляемых образов, а это способствует более глубокому расслаблению;
- постепенное осознание больным причин своих трудностей, причинно-следственной связи между особенностями его личности и заболеванием;
- прорабатывание аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;
- обращение к проблемам раннего периода жизни, и их проработка, так как, по мнению многих авторов, проблемы в раннем детстве в дальнейшем увеличивают риск возникновения ПТСР.

Как уже было отмечено выше, все мотивы символдрамы имеют, как правило, широкий диапазон диагностического и терапевтического применения. В то же время существует определенное соответствие между каждым конкретным мотивом и некоторой проблематикой, а также можно говорить об особой эффективности некоторых мотивов в случае определенных симптомов. Так как описание мотивов КПО основной ступени уже было сделано, то ниже будет приведено возможное использование данных мотивов при различных симптомах ПТСР.

Для социальной адаптации лиц, страдающих ПТСР, к действительности, для формирования у них установки на самостоятельное решение проблем и жизненных трудностей, можно использовать следующие мотивы: мотив луга, горы, представление реальных ситуаций. Для проработки актуально-насущных конфликтов, актуального настроения предлагается мотив луга. При работе с различными психосоматическими и соматическими симптомами хорошо зарекомендовала себя кататимная гидротерапия, а также интроспекция внутренних органов или соответствующих частей тела, то есть рассматривание их через прозрачную оболочку тела, выполненную как бы из стекла, или, уменьшившись до размеров маленького человечка, отправиться сквозь отверстие в теле на их обследование. Для проработки агрессивных реакций, склонности к физическому насилию, раздражительности можно рекомендовать использовать в работе мотив луга, опушки леса, мотив следования вдоль ручья, а также мотивы дикой кошки, льва (средняя ступень) и окна на болоте, вулкана (высшая ступень). Для работы с различными фобическими реакциями все более широкое применение находит прорабатывание реальных ситуаций.

Для коррекции личностных особенностей ветеранов с ПТСР можно применять следующие мотивы: мотив луга, ручья, кухни в доме (для проработки оральной тематики); мотив горы (для проработки эдипальной тематики), мотив подъема в гору и открывающейся с ее вершины панорамы (для проработки тематики достижения и конкуренции, что является важным этапом в адаптации ветеранов с ПТСР к социальной действительности); мотив дома (для оценки готовности к общению, социальным контактам, раскрытия генетического материала); мотив символического существа, выходящего из темноты леса (для оценки и работы с вытесненными инстинктивными и поведенческими тенденциями).



У лиц, страдающих ПТСР, наблюдаются такие черты, как недоверчивость к окружающему миру, высокий уровень тревожности, напряженности, социальное дистанцирование, избегание, поэтому для оценки степени выраженности этих черт, для формирования у данных людей способности целиком чему-то отдаться используется мотив ручья или реки, когда предлагается отправиться вниз по течению на лодке без весел, мотив плавания, купания в воде вообще.

Одним из симптомов ПТСР является нарушение межличностных отношений, сложности в установлении контактов, трудности в общении с окружающими людьми, даже с близкими членами семьи. Для прорабатывания отношений с людьми, имеющих особо важное значение для данного человека используется мотив горы, символических существ, возникающих на лугу или появляющихся из темноты леса, а также представление реальных людей и представление регрессивных драматических сцен из детства.

Как уже отмечалось выше, у участников военных действий, обнаруживающих ПТСР, могут наблюдаться сексуальные расстройства, имеющие преимущественно психогенную природу. При лечении сексуальных расстройств в технике КПО зарекомендовал себя мотив куста розы, когда нужно сорвать один цветок, а также мотив спальни в доме.

### **Нейролингвистическое программирование**

Нейролингвистическое программирование (НЛП) — психотерапевтическая концепция, которая за счет изменения представленного в сознании психического образа жизненной ситуации изменяет психическое состояние человека для обеспечения возможности эффективной реализации себя в жизни и удовлетворения актуальных потребностей.

Одним из базисных положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-терапевта является обеспечение доступа пациента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение пациента тому, как ими пользоваться. Выполнение этих задач достигается использованием различных техник: «интеграция якорей», «тройная диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», «взмах».

*Техника интеграции якорей.* Методика проста, обладает большой терапевтической широтой и позволяет значительно редуцировать невротическую симптоматику у участников военных действий уже на начальных этапах работы. Ее применение особенно желательно при фиксации пациента на негативных аспектах своего жизненного опыта, связанных с войной. Она может использоваться как основная, или же как вспомогательная в составе других технических приемов НЛП-терапии.

*Техника тройной диссоциации.* Это одна из самых эффективных и быстродействующих психотехник при работе с людьми, перенесшими тяжелую психотравму, связанную с угрозой для жизни и нанесением серьезного вреда психическому или физическому благополучию. Все это характеризует участников военных действий и касается ситуаций, в которых они оказывались практически беспомощными и беззащитными. Психотравмы подобного рода часто приводят к развитию ПТСР у лиц, принимавших участие в боевых действиях. Подобная психотравма ведет к формированию своеобразной фобической реакции, имеющей, как правило, охранительный, защитный характер в специфическом контексте, связанном с опасностью для пациента. В дальнейшем посредством обобщения эта реакция генерализируется — этот паттерн реагирования переносится в другие неадекватные и отличные от первоначального контексты. Это, в свою очередь, приводит к формированию патологического реагирования в самом широком диапазоне ситуаций, к дезадаптивному поведению и разнообразным формам невротических проявлений и делинквентного поведения, а в будущем к патохарактерологическому развитию.



В большинстве случаев данный контингент больных практически не отдает сознательного отчета в том, насколько сильно психотравмирующее переживание накладывает отпечаток на их жизнь и деформирует систему отношений. При таком характере психотравмы найти позитивное переживание достаточной интенсивности для совмещения обоих состояний (техника якорения) просто невозможно. Здесь уместно говорить о наличии некой отщепленной части человека, которая продолжает страдать, вновь и вновь переживать прежнюю ситуацию и заставляет всю личность воспринимать и взаимодействовать с миром через призму этой боли и страдания. Отсюда становится понятной необходимость отреагировать на «ущемленный аффект», психотравмирующую ситуацию, изменить к ней отношение, позволить страдающей части получить поддержку, сострадание и, в конечном итоге, интегрировать ее с личностью пациента.

В технике тройной диссоциации эти задачи решаются посредством диссоциации пациента от негативных чувств, пережитых во время психотравмы. Пациент должен посмотреть на происшедшее с ним со стороны, то есть перейти от ассоциированного повторного переживания психотравмирующего события в диссоциированную форму. При воспоминании психотравмирующего события в ассоциированной форме человек вновь и вновь переживает его, словно оно происходит «здесь и сейчас», как бы снова и снова возвращается назад в прошлое, чтобы вновь и вновь переживать чувства безнадежности, страха и боли. Но существует другой способ восприятия и переработки информации, обеспечивающий способность, оставаясь эмоционально невовлеченным, пересмотреть со стороны свой прошлый психотравмирующий опыт и при этом располагать всеми ресурсами и знаниями личности, всем опытом прошлого, жизнеощущением настоящего и целеполаганием будущего. Таким способом является диссоциированная форма восприятия. Обычно приятные события запоминаются в ассоциированном восприятии, а негативные в диссоциированном. Достоинством этого вида отношения к собственному жизненному опыту является возможность оставаться сострадающим, сопереживающим, пережившим и во многом постигшим происшедшее, но в то же время существующим в настоящем, как целостная личность, смотрящая на все происшедшее со стороны. Находясь в такой новой, более конструктивной позиции, пациент может изменить отношение к происшедшему, вернуть психотравмирующую ситуацию в ее ограниченный контекст, оказать эмоциональную поддержку страдающей части себя, повернуться к ней душой и сердцем, интегрироваться с ней.

*Шестишаговый рефрейминг.* В самом общем виде круг проблем, решаемых с помощью этой психотехники, можно разделить на два типа.

К первому, основному, относятся паттерны когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования, часто возникающие при ПТСР. Больной воспринимает их как неадекватные, не устраивающие (не удовлетворяющие) его в данном контексте, и, несмотря на понимание, он не может изменить, исправить их. К этому часто примешиваются некоторая насильственность при их возникновении и развитии, осознание какой-то автоматичности, неуправляемости, недостаточности их сознательного контроля.

Ко второму типу относятся самые разнообразные проблемы психосоматического уровня, также часто встречающиеся у участников военных действий. С помощью этой техники можно добиться: формирования новых более адекватных способов поведения; большей цельности, интеграции личности пациента; формирования чувства доверия к себе, своим способностям и возможностям; выведения на сознательный уровень истинных мотивов и целей поведения. Разрешить, возникшие в результате перенесенных трагедий и наличия ПТСР, внутриличностные и межличностные конфликты.

*Техника взмаха.* Эта техника позволяет быстро и эффективно изменять ригидные стереотипы на более адекватные и устраивающие пациента способы реагирования. В результате формируются не только новые, более позитивные реакции, но и более продуктивный «Я-образ».



### **Эриксоновский гипноз**

Эриксоновский гипноз — особый «недирективный» подход к индукции гипнотического транса и его терапевтическому использованию. Он, как правило, осуществляется в рамках краткосрочной стратегической (ориентированной на конкретную цель) психотерапии, разработанной М. Эриксоном. При этом используется модель наведения транса, основанная на взаимодействии и сотрудничестве между пациентом и гипнотерапевтом. Применяются гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: психотерапевт вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к позе, дыханию, особенностям речи субъекта), а затем, незаметно, все больше начинает им руководить, постепенно вводя в гипнотический транс. На стадии индукции транса и в ходе терапевтической утилизации трансовых состояний широко используются косвенные суггестии: последовательность принятия, иллюзия выбора, сложные составные и негативные парадоксальные внушения, пресубпозиции, трюизмы, аллюзии, контекстуальные внушения, метафоры и др.

Эриксоновский подход существенно повышает восприимчивость пациентов к гипнозу, позволяет избежать или изящно обойти сопротивление, которое нередко возникает у субъекта при использовании директивных, традиционно-однообразных методов гипнотизации, а также прямых императивных внушений, ориентированных на снятие болезненного симптома или изменение поведения.

В работе с больными, страдающими ПТСР, трансовые состояния используются в качестве своеобразной стратегической рамки, внутри которой осуществляют различные терапевтические интервенции.

Э. Росси и М. Эриксон описали «микродинамику» транса, состоящую из пяти последовательных стадий, которые на практике часто переплетаются между собой.

1. *Фиксация внимания*, когда гипнотерапевт фиксирует и удерживает сознательное внимание пациента (на каком-либо предмете, звуках, телесных ощущениях либо воображаемых картинах).

2. *«Депотенциализация» сознательных процессов*, т.е. изменение психического функционирования в сторону гипнотического. Например, на этой стадии используют приемы, вызывающие замешательство (конфузию), путем нарушения привычного хода мыслей пациента, что вызывает растерянность и недоумение, отвлекает и путает сознание. Также применяют насыщение (информационную перегрузку), когда пациенту дается столько сенсорной информации одновременно, что это превосходит возможности ее сознательного восприятия и блокирует активность доминантного полушария.

3. *Запуск бессознательного поиска* — важный момент, предшествующий собственно терапевтической работе в трансе. Для этой цели гипнотерапевт использует особый диссоциативный язык, позволяющий разделить сознательные и бессознательные процессы, например: «Ваше сознание слушает меня, в то время как ваше бессознательное занято другой важной работой».

4. *Бессознательный процесс*. Терапевтические интервенции, основанные на косвенных суггестиях, активизируют бессознательное пациента, которое является для него важнейшим источником ресурсов в решении эмоциональных и поведенческих проблем. При этом происходит реорганизация и реструктурирование психики пациента.

5. *Гипнотический ответ*. Практически совпадает с активизацией бессознательных процессов и проявляется наблюдаемыми в трансе феноменами: амнезия и гипермнезия, возрастная регрессия, телесные иллюзии, позитивные и негативные галлюцинации, мелкие движения внутри транса, анестезия, левитация, каталепсия.



На этой стадии психотерапевт наряду с продолжением терапевтического воздействия отслеживает любые изменения, происходящие у пациента, подтверждая (ратифицируя) их и давая понять, что все идет так, как и должно идти. Ратификация позволяет поддерживать хороший раппорт и необходимую для успешной работы глубину транса.

После завершения терапевтической интервенции гипнотерапевт осуществляет реориентацию пациента и выведение его из гипнотического состояния. На этом этапе возможно применение постгипнотических суггестий.

Использование эриксоновских стратегий работы в гипнозе у больных, страдающих ПТСР, позволяет быстро и эффективно разрешить многие проблемы, связанные с данным заболеванием. Так, на первых сеансах полезно максимально укрепить «Я» пациента ресурсами, помочь ему воссоздать в трансе приятные, вызывающие особый душевный и физический комфорт переживания радостных, наполненных положительными эмоциями событий, состояния спокойствия и умиротворенности, уверенности в собственных силах. Использование ресурсных трансов позволяет быстро уменьшить эмоциональную напряженность, раздражительность, ослабить вспышки гнева и, часто, улучшить сон пациентов. Далее, может быть осуществлен один из ключевых методов работы с ПТСР в эриксоновском гипнозе: возрастная регрессия с выходом на травмирующую ситуацию и последующим отреагированием. Причем, при возникновении абреакции чрезвычайно важно привнести в первоначальный травматический опыт дополнительные ресурсы, поддержку и новое понимание этой ситуации. В результате умело проведенного отреагирования, психотравма подвергается значительной нейтрализации, а пациент получает возможность по-другому, более конструктивно, без прежней эмоциональной вовлеченности взглянуть на драматические события прошлого и переосмыслить их.



В гипнозе мы получаем доступ к бессознательным процессам, а значит к истокам иррационального, дезадаптивного поведения пациентов, страдающих ПТСР. Изменение бессознательных поведенческих программ также осуществляется неявным (косвенным) путем: через специально сконструированные терапевтические метафоры; через визуальные образы, ассоциирующиеся у пациентов с негативными эмоциями или ощущениями; используются сюжетные трансы с заданной фабулой, где в символической форме предлагаются способы укрепления ресурсами, пути выхода из проблемной ситуации и т.д. Важная часть работы в трансовых техниках — формирование у пациентов «образа достижения», то есть позитивного и весьма привлекательного образа себя в будущем, имеющего широкий выбор адекватных способов общения с окружающими и поведенческого реагирования в различных ситуациях. Для достижения оптимального и стойкого эффекта гипнотерапии необходимо обучить пациентов навыкам самогипноза. Регулярные занятия самогипнозом, которые требуют определенных усилий это тренировка силы воли и хорошая практика в здоровом образе жизни. Кроме того, приемы самогипноза, занимающие 15–20 минут в день, позволяют успешно преодолевать текущие жизненные стрессы и стабилизируют психическое состояние человека.

Обычно, курс эриксоновской гипнотерапии у больных с ПТСР составляет от 6 до 12 сессий продолжительностью около 1 ч, а сам гипнотический сеанс занимает 25–40 мин. Частота сеансов составляет 1–2 раза в неделю.

### **Аутогенная тренировка**

Аутогенная тренировка (АТ) — активный метод психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, повышающий возможности саморегуляции исходно произвольных функций организма. Достигаемая с помощью АТ саморегуляция эмоционально-вегетативных реакций, в частности, уменьшение эмоционального напряжения, позволяет использовать этот метод не только в клинической практике, но и в ряде профессий, связанных с острыми или хроническими стрессовыми ситуациями. Однако опасным является не только воздействие стрессоров в определенный момент времени, но и пролонгированное влияние психотравмирующего воздействия на психику человека, приводящее к психическим нарушениям различной выраженности, что проявляется, в частности, в посттравматическом стрессовом расстройстве.

Основные проявления ПТСР, которые могут поддаваться коррекции при помощи АТ:

1. Расстройства сна, как клиническое проявление ПТСР, в частности, инсомнии (нарушения засыпания, поверхностный сон, раннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха после сна) и парасомнии (двигательные, психические, ночные кошмары), приводят к чувству повышенной усталости, снижению работоспособности, быстрой утомляемости и т. д. В этом случае использование приемов АТ с целью быстрого отдыха и восстановления сил, а также регуляции сна позволит повысить работоспособность и улучшить структуру сна.

2. Эмоциональное оскудение, повышенная возбудимость (взрывчатость, раздражительность, ярость, гнев, тяга к насилию) и тревожность (чувство напряжения, нервозности, ненадежности, страха), сопровождающиеся вегетативными проявлениями, отражаются на семейной жизни и качестве межличностных отношений. Эти проявления приводят к повышенной конфликтности, социальной изоляции, злоупотреблению алкоголем или наркотиками. Применение АТ с целью снижения эмоционального напряжения, тревожности и улучшения настроения в этом случае является эффективным методом психотерапии для расширения адаптационных возможностей человека в обществе.

3. С помощью упражнений АТ, направленных на активизацию психических и физических функций и творческих ресурсов человека, а также на создание нужного настроения, можно снизить интенсивность проявления таких симптомов ПТСР, как избегание стимулов, связанных с травмой; нарушение концентрации внимания; пониженный фон настроения и снижение мотивации (чувство подавленности, безнадежности, бесполезности, ощущение снижения энергии, отсутствие интереса к чему-либо).

4. Поскольку проявления ПТСР зачастую усугубляются психосоматическими заболеваниями, то использование АТ для борьбы с болью и самостоятельного регулирования таких функций организма, как кровообращение, частота сердечных сокращений и дыхание, а также кровоснабжение мозга — является важным моментом в психотерапии ПТСР.

В рамках медико-психологической реабилитации участников военных действий одной из задач является реабилитация психики ветеранов, пострадавших от последствий воздействия травматического стресса, полученного во время войны и после возвращения к мирной жизни. В рамках этой задачи применение АТ позволяет, кроме обучения релаксации, подготовить пациента к последующей активной психотерапевтической работе.



## **Эффекты аутогенной тренировки**

Освоившие АТ и регулярно занимающиеся ею могут:

- Успокоиться, эффективно снять физическое и психическое напряжение.
- Быстро отдохнуть и восстановить физическую и психическую работоспособность.
- Самостоятельно регулировать такие функции организма, как кровообращение, частоту сердечных сокращений и дыхания, кровоснабжение мозга, что очень важно для лечения психосоматических заболеваний.
- Бороться с болью функционального происхождения.
- Активизировать психические и физические функции, например, внимание, память, воображение, способность к физическим усилиям.
- Активизировать творческие ресурсы через развитие интуиции, образного мышления.
- Побеждать вредные привычки путем рациональной борьбы со стрессом, эмоциональной и интеллектуальной активизации.
- Углубленно познать себя и в значительной степени управлять своим поведением, заранее моделируя предвидимые стрессовые ситуации и экстренно включая механизмы саморегуляции в неожиданных обстоятельствах.
- Научиться регулировать свой сон.
- Управлять своими эмоциями, отключаясь от неприятного и «насыщая себя» приятными образами.
- Создавать определенное настроение, тот уровень вегетативного, мышечного и эмоционального тонуса, который необходим для конкретной деятельности в заданных условиях.

## Показания и противопоказания

*Медицинские.* Согласно МКБ-10 ПТСР относится к группе невротических расстройств и поэтому не противоречит общим показаниям и противопоказаниям к применению АТ. Метод АТ показан в случаях возникновения выраженного нервно-психического напряжения, невротических реакций, сопровождающихся нарушениями сна и наличием психосоматических жалоб на состояние здоровья.

*Психологические.* При назначении и применении АТ для коррекции и психопрофилактики ПТСР важно учитывать специфическую особенность личностного реагирования участников боевых действий: состояние расслабления ассоциируется у них с готовностью к бою. Поэтому у этих пациентов более эффективными способами релаксации будут активные методы — предварительные упражнения АТ, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону при использовании гетеротренинга — как самостоятельные методики в обучении расслаблению. Однако в сочетании с другими психотерапевтическими методами, позволяющими снять тревогу по поводу расслабленного состояния, также может быть эффективна аутогенная тренировка первой и второй ступени по Шульцу.

## Общие замечания к проведению АТ

АТ является индивидуально-групповой методикой, так как групповое обучение закрепляется индивидуальным («аутогенным») применением. Обучение проводится на протяжении 15–20 занятий под руководством психотерапевта. Каждое занятие начинается с элементов предварительных упражнений. Затем проходит обсуждение самостоятельных занятий, проводится беседа о цели упражнения, изучаемого на сегодняшнем гетеротренинге (занятие под голос руководителя), о приемах и механизмах ее достижения. В конце занятия дается «домашнее задание». Оптимальный состав группы — 8–12 человек. Обучение следует проводить в просторном тихом помещении при комнатной температуре. Основные позы тренировки — сидя, полулежа или поза «кучера на дрожках»; поза лежа может быть рекомендована только для самостоятельных занятий. Нужно помнить, что позы должны быть симметричными. Специальная методика выхода позволяет за короткое время эффективно перейти от аутогенного состояния к бодрствованию и максимально активизироваться. Перед началом курса проводится вводная беседа, во время которой психотерапевт дает общие инструкции, объясняет принципиальные положения АТ, показывает и закрепляет у обучаемых основные приемы, создавая позитивную установку о благоприятном действии АТ на организм.

К психотерапевту, как *руководителю АТ* предъявляются особые *требования*:

- Отличное владение речью, большой словарный запас, богатство интонаций.
- Психотерапевт должен расположить к себе пациентов.
- Не следует выучивать занятие по заранее написанному тексту.
- Для руководителя АТ необходим достаточный уровень знаний.
- Следует соблюдать необходимое равновесие при применении суггестивных и рациональных элементов.



Курс АТ состоит из предварительных упражнений, собственно классической АТ-1 по Шульцу или ее различных модификаций, а также высшей ступени АТ. Предварительные упражнения при коррекции ПТСР занимают важное место в тренировке релаксации и, как отмечалось выше, могут продемонстрировать более высокую эффективность, чем непосредственно сама аутогенная тренировка. К числу предварительных упражнений относят дыхательную гимнастику: утренний (мобилизирующий) и вечерний (успокаивающий) тип, ритмичное брюшное (диафрагмальное) дыхание; идеомоторную тренировку, а также упражнения в расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры. В качестве предварительных упражнений для расслабления поперечно-полосатой мускулатуры может использоваться метод прогрессивной мышечной релаксации, который также более эффективен при ПТСР для обучения расслаблению, снижения эмоционального напряжения, тревожности и улучшения настроения.

### **АТ и ее модификации**

Учитывая особенности реагирования ветеранов с диагнозом ПТСР на состояние релаксации, стандартные упражнения АТ-1 следует сочетать с другими методами психотерапии, направленными на снятие ассоциированной связи расслабления с боевой готовностью и тревоги по этому поводу.

Психоэнергетический вариант, относящийся к модификациям АТ, применяется с лечебной целью: снять боль в сердце, уменьшить или избавиться от болей или неприятных ощущений в каком-либо участке тела, в органе. Этот метод АТ может повысить сопротивляемость организма. А поскольку течение ПТСР зачастую сопровождается жалобами на ухудшение состояния здоровья, то данный вариант АТ может быть эффективно использован при коррекции соматических проявлений, особенно болевого синдрома.

К модификациям АТ также относится психорегулирующая тренировка, которая применяется для успокоения, мобилизации и восстановления сил. Произвольно комбинируя успокаивающие и мобилизующие части, занимающийся может создать себе нужный эмоциональный фон, причем за очень короткий отрезок времени, что демонстрирует эффективность данного варианта АТ при коррекции ПТСР.

Эффективность лечебного варианта модификации АТ при ПТСР обусловлена применением его для снятия болезненных симптомов и коррекции эмоциональных нарушений, при бессоннице, повышенном артериальном давлении и т.д.

### **Методика тренировки высших ступеней**

Целью второй ступени АТ является оптимизация высших психических функций и коррекция личностных нарушений. Однако применение АТ-2 при коррекции ПТСР у ветеранов, учитывая особенности их реагирования на состояние релаксации, будет более эффективным, если сочетать его с другими методами психотерапии, направленными на снятие ассоциированной связи расслабления с боевой готовностью и тревоги по этому поводу. При данном расстройстве использование АТ-2 будет высокоэффективным для обучения пациентов управлению эмоциями, углубленному самопознанию, активизации творческих ресурсов и созданию определенного настроения.

Основу АТ-2 составляет аутогенная медитация, семь упражнений которой затрагивают глубины бессознательных процессов. Курс АТ-2 состоит из переходных упражнений, в качестве которых рассматриваются приемы регуляции мышечного тонуса (релаксация, аутогенное погружение и идеомоторные представления), обучающие произвольной транквилизации или мобилизации, дыхательная гимнастика в «утреннем» (мобилизирующем) и «вечернем» (успокаивающем) вариантах, упражнения для мимической мускулатуры, управление «кругами внимания»; а также начальные упражнения, направленные на тренировку высших психических функций и в число которых входят непрерывное, ритмичное и мысленное созерцание, «внутренний видеоскоп», тренировка эмпатии и мысленные движения.

Хотя переходные и начальные упражнения тренируют активное внимание и волю, дисциплинируют мышление, однако главной задачей АТ-2 следует признать воздействие на эмоциональную сферу, овладение приемами преднамеренного управления ею. С этой целью основными приемами моделирования настроения считаются: управление мышечным тонусом, упражнения сюжетного воображения и так называемые «упражнения самоутверждения».

Конечной целью тренировки высших ступеней являются рациональное совершенствование и развитие личности, самовоспитание, что достигается дополнительными приемами саморегуляции, которые способствуют возникновению или утверждению нужных эмоций, привычек и оптимальной системы реагирования.

К дополнительным приемам саморегуляции относятся: воспитание привычки, умения управлять своим лицом и своим телом, сознательное использование эмоциогенного влияния одежды и пантомимики, создание «личности-образца» и подражание ей, сознательное использование корригирующего и эмоционального воздействия искусства (арттерапия).



Все вышеизложенные упражнения АТ высшей ступени удовлетворяют стремление любого человека к совершенствованию собственной личности. При коррекции ПТСР использование АТ высшей ступени позволяет ветеранам научиться управлять своим эмоциональным состоянием, моделировать адекватные стратегии поведения в обществе, то есть расширить свои способы адаптации и тем самым получать удовлетворение от полноты бесконфликтного общения с окружающими людьми.

Заканчивая групповые занятия АТ, пациентам сообщаются основные правила самостоятельной тренировки и самовоспитания, сформулированные в виде памятки.

### **Метод «десенсибилизации и переработки движениями глаз»**

Оригинальный психотерапевтический метод «десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ) был разработан Ф. Шапиро (США) в 1987 г. и с этого времени с успехом применяется для лечения ПТСР у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также лиц, страдающих фобиями, паническими и диссоциативными расстройствами. С первых лет своего использования ДПДГ обнаружил высокую эффективность у ветеранов военных конфликтов, которые в ходе терапии смогли освободиться от тягостных навязчивых мыслей и воспоминаний, кошмарных сновидений и других проявлений ПТСР.

В основе метода лежит представление о существовании у всех людей особого психофизиологического механизма — адаптивной информационно-перерабатывающей системы. При ее активации происходит спонтанная переработка и нейтрализация любой травматической информации, причем этому сопутствуют позитивные изменения в когнитивной сфере, эмоциях и поведении. Тяжелые психические травмы и стрессы могут блокировать деятельность системы. В этих случаях травматические воспоминания и связанные с ними представления, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в ЦНС в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация как бы «замораживается» и длительное время сохраняется в своем первоначальном, непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового научения, так как соответствующая психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии (Shapiro, 1994). В результате, негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Предполагается, что движения глаз (или другие альтернативные раздражители), используемые при ДПДГ, запускают процессы, активизирующие ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрыми движениями глазных яблок (БДГ-сон). (Shapiro, 1989; Neilsen, 1991). Ряд исследователей считает, что фаза БДГ-сна является тем периодом, когда бессознательный материал, в том числе связанный со стрессами, всплывает для адаптивной переработки (Pearlman, 1992; Winson, 1993). Повторные ночные кошмары с пробуждениями весьма характерные для больных, страдающих ПТСР, прерывают и искажают БДГ-сон, а вызывающий сильное беспокойство дисфункциональный

материал остается непереработанным (Rossetall.,1990).

Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, вероятно, приводит к разблокированию изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который, в свою очередь, подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицательный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер.

ДПДГ может применяться как самостоятельный метод психотерапии при ПТСР либо, как один из этапов лечебного воздействия, направленный на быстрое устранение у больных наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенными в прошлом психическими травмами. В зависимости от поставленных целей и задач количество сеансов ДПДГ может варьировать от 1–2 до 6–16, а продолжительность каждого из них составляет от 60 до 90 мин. Средняя частота сеансов 1–2 раза в неделю.

### **Восемь стадий стандартной процедуры ДПДГ**

***Оценка факторов безопасности пациента, изучение его истории болезни и планирование психотерапии***



Основной критерий отбора пациентов для ДПДГ — их способность справляться с высоким уровнем беспокойства, который может возникать во время сеанса при переработке травматических воспоминаний, а иногда и между психотерапевтическими сессиями. Поэтому важно правильно оценить личностную устойчивость пациентов и уровень возможного эмоционального дискомфорта, который могут приносить неблагоприятные жизненные обстоятельства (семейный кризис, финансовые проблемы, потеря работы и т.п.). В большинстве случаев следует вначале оказать человеку психотерапевтическую поддержку в разрешении текущих проблем и лишь затем переходить к переработке прошлых психических травм. Для обеспечения максимальной безопасности пациентов на стадии подготовки целесообразно обучить их приемам снижения эмоционального стресса: упражнению по созданию в воображении безопасного места; технике светового потока; самостоятельному использованию движений глаз или нервно-мышечной релаксации.

Если психотерапевт принимает решение об использовании метода ДПДГ у конкретного больного, ему необходимо провести анализ всей клинической картины расстройства и выделить специфические цели, требующие переработки. В некоторых случаях пациенты, страдающие ПТСР, могут быть излечены с помощью ДПДГ при переработке конкретных травматических воспоминаний. Однако, значительно чаще необходимо последовательное избирание в качестве целей воздействия как травматических событий прошлого, так и нынешней ситуации, стимулирующей болезненные симптомы и дезадаптивное поведение. Важный этап психотерапии — работа с будущим, которая предполагает создание в воображении пациента «положительного примера» и закрепление новых адаптивных форм поведения и эмоционального реагирования.

У больных ПТСР можно выделить 4 основные цели воздействия для ДПДГ:

- 1) воспоминания о действительно произошедшем травматическом событии;

- 2) любые другие тягостные навязчивые воспоминания, даже если они отличаются от реально произошедших событий;
- 3) кошмарные сновидения;
- 4) различные внешние или внутренние раздражители, которые напоминают о травме и вызывают связанные с ней эмоции, чувства, мысли и поведенческие реакции (например, звуки похожие на выстрел и т.п.).

Для полноценного разрешения травматического опыта и достижения стабильного клинического эффекта, в качестве цели должен поочередно избираться каждый из 4-х вышеуказанных элементов.

### ***Подготовка***

Стадия подготовки предполагает установление продуктивных терапевтических отношений с пациентом и создание атмосферы безопасности и доверия. Необходимо кратко разъяснить смысл ДПДГ-терапии, например, следующим образом: «Когда происходит травматическое событие, оно может блокироваться и длительно сохраняться в мозге вместе с первоначальной картиной стрессовой ситуации и имевшими место в этот момент звуками, мыслями и чувствами. При любом напоминании о психотравме переживания оживают с прежней остротой, серьезно нарушая душевное и физическое состояние человека. Движения глаз, которые мы используем при ДПДГ, разблокируют нервную систему и позволяют мозгу перерабатывать травматический опыт. Нечто подобное происходит на стадии «быстрого сна», когда мы видим сновидения, когда возникающие спонтанно движения глаз помогают переработать полученную информацию. По сути, методика активизирует естественный процесс самоисцеления от душевных травм, причем пациент сам может его контролировать, давая психотерапевту обратную связь о том, что с ним происходит в ходе сеанса».



На этой же стадии определяется способность пациента выполнять движения глаз. В ДПДГ используют несколько различных видов движений глаз. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы определить наиболее комфортные движения для конкретного пациента. Следует учесть, что боль в глазах при выполнении их движений, требует немедленного прекращения процедуры с последующей консультацией окулиста на предмет выявления возможных противопоказаний к нагрузкам на глазодвигательные мышцы.

Задача психотерапевта — вызывать у пациента движения глаз от одного края его визуального поля до другого. Такие полные двухсторонние движения выполняются с максимально возможной скоростью, но избегая при этом появления чувства дискомфорта. Обычно, два пальца руки психотерапевта используют, как точку фокусировки взгляда пациента. При этом психотерапевт держит пальцы вертикально с ладонью обращенной к пациенту на расстоянии 30–35 см от его лица. Далее, пальцы начинают медленно, а затем все быстрее двигаться горизонтально от правого края визуального поля до левого, указывая пациенту направление движений глаз. Таким образом, подбирают оптимальную скорость движения, расстояние до пальцев, высоту, на которой держится рука и т.п. Если при выполнении тестирования обнаруживается, что пациенту трудно следить за пальцами (происходит сбой движений, остановка или произвольные движения), достаточно попросить его просто надавить пальцами на глазные яблоки. В большинстве случаев это помогает восстановить контроль движений глаз. Затем можно проверить эффективность других вариантов движений глаз: диагональных, круговых или в форме восьмерки. Вертикальные движения оказывают успокаивающее действие и особенно полезны для снижения беспокойства или чувства тошноты, а также при головокружении.



Обычно, в ходе ДПДГ-терапии применяются серии, состоящие из 24 движений глаз (туда и обратно — 1 движение). В зависимости от конкретной реакции пациента и скорости переработки травматического материала серии могут быть увеличены до 36 движений, а при возникновении эмоционального отреагирования — до еще большего числа.

Для пациентов с повреждением зрения или считающих движения глаз дискомфортными, с достаточным эффектом используются альтернативные формы стимуляции (постукивание по рукам или звуки). Психотерапевт ритмически и с такой же скоростью, как при проведении серий движений глаз, постукивает поочередно по лежащим на коленях и обращенных кверху ладоням пациента. При звуковой стимуляции психотерапевт поочередно щелкает пальцами то у одного, то у другого уха пациента.

Для снижения уровня беспокойства пациентов перед началом переработки, во время и между сеансами, полезно обучить их *технике «Безопасное место»*. Пациенту предлагают вспомнить ситуацию, где он чувствовал себя спокойно, в полной безопасности. При этом важно сосредоточиться на образе безопасного места, почувствовать возникающие при этом позитивные эмоции и приятные физические ощущения. Психотерапевт суггестирует усиление воображаемых образов, чувства комфорта и душевного покоя. Кроме того, положительная реакция пациента может быть усилена, если на фоне погружения в приятные воспоминания он совершит от 4 до 6 серий движений глаз. Можно предложить пациенту назвать ключевые слова, подходящие к образу безопасного места (деревья, озеро, запах леса, покой и т.п.) и повторять их про себя, соединяя с соответствующими им картинками, звуками и ощущениями. При этом отмечается чувство полной безопасности, которое подкрепляется психотерапевтом дополнительными суггестиями и проведением 4–6 серий движений глаз. В последующем, при необходимости снизить эмоциональное напряжение, пациент может самостоятельно вернуться в воображении в это безопасное место.

## **Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства**

Сильные отрицательные эмоции, которые иногда возникают в ходе сеанса ДПДГ, также могут потребовать для пациента передышки и усиления чувства безопасности, что достигается его обращением к приятным и успокаивающим событиям прошлого.

На стадии подготовки пациенту объясняют, что во время сеанса он будет контролировать все происходящее и в любой момент сможет остановить процедуру, приподняв руку или подав другой условный сигнал психотерапевту. Установление сигнала «стоп» служит дополнительным фактором безопасности пациента. Фактически, две первые стадии относятся лишь к первому сеансу ДПДГ. В дальнейшем, психотерапевт начинает каждый сеанс с оценки состояния пациента и анализа достигнутых результатов, а затем переходит сразу к третьей стадии.

### ***Определение предмета воздействия***

На этой стадии психотерапевт определяет цель воздействия. Как указывалось выше, при лечении больных с ПТСР, вначале, это будут реальные травматические события (сцены боевых действий, катастрофы и т.д.), затем переработке подвергаются навязчивые мысли и другие негативные воспоминания, кошмарные сновидения, любые факторы, оживляющие болезненные переживания прошлого.

После идентификации конкретного травматического воспоминания, пациенту предлагают выбрать образ, который лучше всего соответствует ему (отражает наиболее неприятную часть произошедшего события). Затем выявляются снижающие самооценку убеждения пациента по поводу травматического инцидента. Его просят выразить словами те неприятные, болезненные представления о себе, которые в настоящее время соответствуют хранящейся в памяти информации о психотравме. Высказывать это негативное убеждение о себе (*отрицательное самопредставление*) пациент должен в настоящем времени, с использованием местоимения «Я». Примеры отрицательных самопредставлений: «Я плохой человек»; «Я не заслуживаю уважения»; «Я не могу доверять самому себе»; «Я делал что-то плохое»; «Я заслуживаю смерти»; «Я ничтожество» и т.п.

Следующий шаг — определение желаемого *положительного самопредставления*, т.е. более уместного, конструктивного представления, которое хотел бы иметь пациент в настоящий момент, когда он вспоминает о травматической ситуации. Например: «Я хорош такой, как я есть»; «Я заслуживаю уважения»; «Я могу доверять самому себе»; «Я контролирую себя»; «Я сделал лучшее, что мог»; «Я могу справиться с этим» и т.п.



Позитивное представление позднее используется для замены отрицательного представления во время пятой стадии — инсталляции. Введение положительного самопредставления стимулирует когнитивное переструктурирование (переоценку) пациентом травматических событий и облегчает формирование более адекватного к ним отношения. На третьей стадии положительное самопредставление оценивается по семибальной *Шкале соответствия представлений (ШСП)*, где 1 балл — полное несоответствие, а 7 баллов — полное соответствие истинному представлению о себе. Пациент дает оценку, опираясь не на логические построения, а исходя из интуитивного ощущения того, насколько далеко положительное самопредставление от его сегодняшнего взгляда на пережитое. Если эта оценка не выше 1 балла по ШСП, психотерапевт должен взвесить насколько реалистичны пожелания пациента и вместе с ним уточнить или изменить положительное самопредставление.

На следующем шаге пациент определяет негативные эмоции, которые возникают у него при сосредоточении на картине травматического события и повторении слов, соответствующих отрицательному представлению. После того, как эти эмоции названы, психотерапевт предлагает пациенту оценить уровень беспокойства, причиняемого воспоминаниями по *Шкале субъективного беспокойства (ШСБ)*, где 0 — состояние полного спокойствия, а 10 — максимальное беспокойство (наихудшее из того, что только можно представить). На этом же этапе определяется локализация и интенсивность дискомфортных телесных ощущений сопутствующих погружению пациента в травматическое воспоминание. В дальнейшем, изменение ощущений в теле будет одним из важных индикаторов переработки травматического материала.

### *Десенсибилизация*

Стадия сосредоточена на снижении негативных эмоций пациента при его обращении к травматическому воспоминанию до 0 или 1 балла по ШСБ. При проведении десенсибилизации пациенту предлагают вспомнить картину события. Далее, психотерапевт просит его следить глазами за движениями пальцев, одновременно удерживая образ, отражающий наиболее неприятную часть воспоминания, произнося про себя отрицательное самопредставление («Я плохой человек» и т.п.) и отмечая ощущения, которые возникают в теле. Если пациент испытывает трудности с визуализацией травматического эпизода, он может просто о нем думать в ходе выполнения движений глаз. После каждой серии пациенту говорят: «А теперь отдыхайте. Сделайте вдох и выдох. Пусть все идет, как идет. (Забудьте об этом.)». Затем его спрашивают: «Что происходит сейчас?» или «Что вы ощущаете в теле? Что приходит в голову?». Важно, чтобы пациент сообщал об изменениях зрительных образов, звуков, мыслей, эмоций и физических ощущений, которые являются индикатором происходящей переработки дисфункционального материала.

В ряде случаев, сосредоточение пациента на травматическом событии в ходе повторяющихся серий движений глаз, которые чередуются с отдыхом, приводит к снижению эмоционального и физического дискомфорта, а воспоминания постепенно утрачивают прежний, болезненный характер. Психотерапевт контролирует эффекты переработки травматического материала, время от времени задавая пациенту вопрос: «На сколько баллов Шкалы беспокойства вы оцениваете свое состояние сейчас?». Необходимо добиваться снижения уровня беспокойства по ШСБ до 0–1 баллов.

Нередко, в процессе работы наблюдается кратковременное усиление негативных эмоций и ощущений или наступает абреакция (отреагирование). В случае отреагирования, пациент как бы заново переживает ситуацию психотравмы, испытывая при этом прежние мысли, эмоции и ощущения. При ДПДГ, в отличие от гипноза, не происходит полного погружения в воспоминание, поскольку пациент сохраняет двойную фокусировку — как на осознании прошлого, так, и на чувстве безопасности в настоящем. Начало отреагирования предполагает увеличение количества непрерывных движений глаз до 36 и более, чтобы, по возможности, завершить его в ходе одной серии. Часто это удается, поскольку абреакция в ходе сеанса ДПДГ происходит в 4–5 раз быстрее, чем в трансе, а пациент при этом перескакивает от одного ключевого момента события к другому. После завершения отреагирования дальнейшая работа продолжается в обычном ключе.

Возможен другой вариант, когда после двух подряд серий движений глаз пациент не отмечает никаких изменений в своем эмоциональном состоянии, образах, мыслях и ощущениях. Первое, что необходимо делать в таких случаях — сменить направление движений глаз. Отсутствие новых изменений после попыток использования двух или трех различных направлений движений свидетельствует о заблокированной переработке, что требует применения дополнительных стратегий (см. ниже).



В случаях, когда при обращении к травматическому эпизоду у пациента возникают новые отрицательные идеи и представления, перед началом очередной серии ему предлагают сосредоточиться на этих негативных мыслях и связанных с ними ощущениях в теле, после чего серии движений глаз следует повторять до их нейтрализации. Если пациент начинает высказывать более адаптивные суждения о пережитом, их следует закрепить в сознании, предложив сосредоточиться на позитивных мыслях во время последующих серий, а затем снова возвратиться к первоначальной цели (травматическое воспоминание, отрицательное самопредставление, дискомфортные ощущения и эмоции).

В ходе переработки основного травматического материала, на фоне очередной серии движений глаз в сознании пациента могут всплывать дополнительные воспоминания, ассоциативно связанные с психотравмой. Такие воспоминания являются объектом фокусировки для проведения следующей серии. Если одновременно возникает несколько воспоминаний, пациенту предлагают сосредоточиться на наиболее беспокоящем из них. Ветераны войны, страдающие ПТСР, нередко, предъявляют все новые и новые воспоминания, которые последовательно возникают у них во время каждой серии движений глаз. Для того, чтобы десенсибилизация происходила успешно, необходимо подвергать переработке весь ассоциативный материал (эпизоды боевых действий; негативные воспоминания, непосредственно не связанные с войной; отдельные звуки или ощущения в теле и т.п.), который может стать доступным осознанию при работе с конкретным, избранным в качестве цели, травматическим событием.

Каждое из вновь приходящих воспоминаний поочередно становится фокусом для воздействия во время очередной серии движений глаз. Когда цепь ассоциаций истощается и ничего нового не приходит в голову, пациента просят возвратиться к первоначальной цели для выполнения дополнительных серий движений глаз. Если при обращении к травматическому событию (цели сеанса) в ходе выполнения 2–3 серий движений глаз другие воспоминания, новые переживания и идеи не возникают, а уровень беспокойства пациента не превышает 1 балла (оптимальный вариант — 0 баллов) по ШСБ можно переходить к следующей стадии — инсталляции.

Следует отметить, что всплывшее в сознании дополнительное воспоминание иногда бывает чрезвычайно беспокоящим и дискомфортным. В таком случае оно может быть избрано новой целью для следующего сеанса ДПДГ. Однако, полномасштабная работа с новой целью должна начинаться лишь после завершения переработки предыдущего травматического воспоминания.

### *Инсталляция*

Цель стадии — связать желаемое положительное самопредставление с избранной в качестве цели травматической информацией, что ведет к повышению самооценки пациента.

Сначала следует попросить пациента оценить первоначальное положительное представление о себе с точки зрения его привлекательности после проведения десенсибилизации: «Остаются ли уместными слова (повторить положительное самопредставление) или вы чувствуете, что более подходящим сейчас является другое положительное высказывание?» На этом этапе пациенты нередко уточняют или полностью изменяют значимое для них представление. Далее, пациенту предлагают подумать о первоначальном травматическом событии и об этих словах, а затем ответить на вопрос: «Насколько истинными вам кажутся сейчас эти слова, от 1 — полностью не соответствуют, до 7 — полностью соответствуют (истинны)?» После этого пациенту следует удерживать вместе картину события (думать о нем) и положительное представление. Психотерапевт проводит ему серию движений глаз и спрашивает: «А теперь, насколько истинными, в баллах от 1 до 7, кажутся вам эти слова, если вы думаете о травматическом событии». Цель психотерапевта состоит в проведении такого количества серий движений глаз, которое необходимо для усиления положительного самопредставления до 7 баллов. Когда это удается — серии движений повторяют до тех пор, пока соответствие представления и чувство его пригодности не достигнуто максимума, а затем переходят к стадии сканирования тела.

Нередко из-за неполной переработки других воспоминаний и негативных убеждений, ассоциативно связанных с избранным в качестве цели травматическим событием, уровень соответствия положительного представления не превышает 4–5 баллов. С учетом временных рамок сеанса, работу с дополнительными воспоминаниями переносят на другую сессию, а процедуру ДПДГ ведут к завершению, минуя стадию сканирования.

### *Сканирование тела*

Стадия сосредоточена на устранении возможного остаточного напряжения или дискомфорта ощущений в теле.



Когда положительное представление достигает на стадии инсталляции 7 баллов по ШСП (или 6 баллов, если это экологично для конкретного пациента), начинают сканирование. Ему предлагают закрыть глаза и, удерживая в сознании первоначальное воспоминание и положительное представление, мысленно пройти по различным частям своего тела, начиная с головы и постепенно опускаясь вниз. Пациенту следует сообщать вслух обо всех местах, в которых он обнаружит какое-либо напряжение, зажатость или другие необычные ощущения. Если такие ощущения отсутствуют, проводят серию движений глаз. При возникновении комфортных ощущений выполняют дополнительную серию для усиления позитивных чувств. В случаях, когда пациент сообщает о неприятных ощущениях или мышечном напряжении, их перерабатывают с помощью очередных серий движений глаз, пока дискомфорт не снизится. Иногда, телесное напряжение, вскрытое при сканировании тела, может проявить новую цепь негативных ассоциаций, для переработки которых потребуется время.

### *Завершение*

Стадия направлена на возвращение пациента в состояние эмоционального равновесия в конце каждого сеанса, вне зависимости от того, полностью ли завершена переработка дисфункционального материала. Если в конце психотерапевтического сеанса пациент проявляет признаки беспокойства или продолжает отреагирование, психотерапевту следует применить гипноз или управляемую визуализацию (техника «Безопасное место» и т.п.), чтобы вернуть его в комфортное состояние.

Если травматический материал переработан не полностью, велика вероятность продолжения переработки после окончания сеанса. При этом пациент может испытывать тревогу различной степени, о чем следует его предупредить. Целесообразно предложить пациенту запомнить (записать) беспокоящие его воспоминания, сновидения, мысли и ситуации, которые возникают между сеансами. Впоследствии они могут стать новыми целями воздействия ДПДГ-терапии.

### ***Переоценка***

Переоценка проводится перед началом каждого нового сеанса ДПДГ. Психотерапевт вновь возвращает пациента к ранее переработанным целям и оценивает его реакцию для определения того, сохраняются ли эффекты лечения. Новый дисфункциональный материал можно подвергнуть переработке только после того, как произойдет полная интеграция психических травм, подвергшихся лечению ранее.

### **Стратегии, используемые при заблокированной переработке**

Примерно в половине случаев, применение стандартной процедуры ДПДГ, приводит к завершению процесса переработки и излечению даже наиболее тяжелых душевных травм. Однако, если переработка травматического материала тормозится, ее можно стимулировать с помощью ряда дополнительных приемов:

1. Изменения направления, продолжительности, скорости или амплитуды движений глаз, постепенно сдвигая их то вверх, то вниз в горизонтальной плоскости. Большой успех дает сочетание этих приемов.

2. Сосредоточение пациента на всех телесных ощущениях сразу или только на наиболее дискомфортных из них (отбросив образ и представление), в то время, как характер движений глаз подвергается систематическим изменениям.

3. Стимулирование пациента к открытому выражению подавленных эмоций, невысказанных слов или свободному проявлению всех движений, ассоциирующихся у него с тем или иным физическим напряжением в теле. При этом выполняются серии движений глаз.

4. С началом очередной серии движений, пациенту предлагают надавить пальцем или всей рукой на то место тела, где локализуются, не меняясь, дискомфортные ощущения. Увеличение давления может привести к уменьшению негативных ощущений либо к появлению новых образов и мыслей, так или иначе связанных с травматическим воспоминанием. Проявившийся ассоциативный материал, затем избирают в качестве предмета воздействия.

5. Изменение точки фокусировки во время выполнения последующих серий движений. Пациента просят сосредоточиться на другой части образа травматического события либо сделать образ более ярким, уменьшить или увеличить его, превратить в черно-белый и т.д. Можно предложить пациенту припомнить звуковой стимул, вызывающий наибольшее беспокойство и сконцентрироваться на нем.

6. В сложных случаях применяется *когнитивное взаимопереплетение*. Эта стимулирующая стратегия соединяет адаптивную информацию, исходящую от психотерапевта с материалом, появляющимся в процессе психотерапии у пациента.

Существует несколько вариантов взаимопереплетения:

1. Психотерапевт сообщает пациенту новую информацию, которая позволяет повысить его степень понимания драматических событий прошлого и собственной роли в них. Затем пациенту предлагают думать о сказанном ему и проводят серию движений глаз.



2. Переопределение травматической ситуации через обращение к значимым для пациента лицам. Например, один из ветеранов продолжал обвинять себя за то, что когда командир приказал пригнуться, он выполнил приказ, а его лучший друг этого не сделал и был убит. Ветеран испытывал сильное чувство вины перед погибшим за то, что он вовремя нагнулся, благодаря чему остался жив, но, как ему казалось, не сделал ничего, чтобы предотвратить смерть друга. Психотерапевт спросил пациента: «Если бы это был ваш шестнадцатилетний сын, чтобы вы велели ему сделать?» «Пригнуться!» — ответил ветеран. Психотерапевт предложил ему «просто думать об этом» и провел серию движений глаз, после чего чувство вины снизилось, и переработка была успешно завершена.

3. Использование метафор (аналогий) в форме притч, вымышленных историй или примеров из жизни, контекстуально соответствующих проблеме пациента. С помощью аллегорических историй могут быть проведены параллели с реальной ситуацией пациента, даны скрытые подсказки для наиболее адаптивного ее разрешения. Введение метафорической информации может быть осуществлено как в ходе серии движений глаз, так и вне ее, с последующим предложением пациенту поразмыслить обо всем услышанном во время следующей серии.

4. Сократический диалог, в ходе которого психотерапевт задает ряд последовательных вопросов. Отвечая на них, человек постепенно приходит к определенному логическому умозаключению. После чего ему предлагают думать об этом и проводят серию движений глаз.

Применение указанных приемов, даже в трудных случаях способствует полной переработке и нейтрализации травматического материала и устранению основных клинических проявлений ПТСР.

Для успешной работы с ветеранами войны, страдающими ПТСР, следует учесть еще несколько важных моментов.

Многие ветераны страдают от мучительного чувства самообвинения, в связи с их поступками во время участия в боевых действиях. В этом случае, во-первых, необходимо помочь ветерану понять, что если он действительно настолько плохой человек, как он думает, то не стал бы страдать от этого, — плохих людей не мучает совесть на протяжении многих лет. Во-вторых, его страдания сейчас уже ничем не помогут тем, кто погиб во время войны, но они мешают ему полноценно жить и работать. Ветерану объясняют, что все его болезненные симптомы, в том числе раздражительность или вспышки гнева, нарушения сна и кошмарные сновидения, являются результатом фиксации пережитых на войне событий в нейронных структурах мозга, а лечение поможет освободиться от «застывшей» негативной информации, следствием чего будет улучшение его душевного и физического состояния. В этой связи, ветераны могут испытывать страх, что они позабудут приобретенный на войне опыт, который им представляется важным и значимым. Психотерапевту необходимо разъяснить, что когда человек избавляется от страданий и отрицательных образов, это не означает потери памяти на события военного периода. Более того, когда он обретет способность жить более здоровой и полноценной жизнью, у него будет больше возможностей почтить память своих погибших товарищей или как-то помочь бывшим сослуживцам в трудную минуту.

Приступы неконтролируемого гнева, возникающие по незначительным поводам, также являются острой проблемой для многих ветеранов боевых действий. Они часто приводят к ухудшению отношений в семье и даже ее распаду, серьезным конфликтам с окружающими. В большинстве случаев, переработка травматических воспоминаний и соответствующих сегодняшних раздражителей, помогает пациентам лучше контролировать свое поведение. Полезно обучать их дополнительным приемам, позволяющим ветеранам справиться с проявлениями гнева: технике «Безопасное место», релаксационным упражнениям или самостоятельному использованию движений глаз при малейших признаках нервного возбуждения.

В заключении отметим, что разработанная в рамках метода ДПДГ, стратегия лечения больных с ПТСР является высокоэффективной и может привести к полному устранению болезненной симптоматики. Считается вполне допустимым сочетание отдельных процедур ДПДГ, направленных на быструю переработку ключевого травматического события, с другими психотерапевтическими подходами и (или) фармакотерапевтическим воздействием, где наиболее предпочтительным представляется использование антидепрессантов.



## **ОСОБЕННОСТИ САМОПОМОЩИ**

Некоторые рекомендации, которые желательно выполнять больным с ПТСР для повышения эффективности процесса восстановления:

1. Регулярные встречи с личным терапевтом или группой поддержки.
2. Владение методами управления напряжением: релаксацией, самогипнозом, АТ.
3. Избегать просмотра возбуждающих, программ, кинофильмов, видеофильмов с насилием и убийствами, обсуждения этих тем; музыки, представлений или ситуаций, которые усиливают беспокойство.
4. При нарушениях сна, обучаться методам, способствующим достижению полноценного отдыха во время сна.
5. Питание должно быть правильно сбалансированным по составу витаминов, микроэлементов и клетчатки.
6. Необходимо регулярно заниматься активными физическими упражнениями.
7. Обязательно обсудить возможность употребления алкоголя со своим терапевтом. Избегать употребления наркотиков.
8. Необходимы постоянные усилия для формирования и расширения дружеской, поддерживающей среды.
9. Необходима старательная работа в терапии.  
Должна быть сформирована возможность принятия и понимания того, что в процессе восстановления могут быть задержки.
10. Необходимо регулярно принимать прописанные лекарства.
11. Обращаться за помощью, когда это необходимо.

## *Особенности коррекции посттравматического стрессового расстройства*

Помимо этого необходимо совместно с терапевтом разработать план действий на тот случай, если признаки ПТСР вновь появятся. План должен быть подготовлен в письменной форме и обязательно включать в себя описание проявления определенных симптомов и необходимых мер при их появлении. Необходимо договориться с терапевтом о возможности немедленной встречи с ним при необходимости.