

Поведенческая терапия Принятия и Ответственности в работе с психологической травмой и ПТСР

Психологическая травма и ее последствия занимают значительное место в жизни большинства людей. Чтобы пережить травматический опыт, который может развиваться в пост-травматическое стрессовое расстройство, не нужно участвовать в боевых действиях или попадать в землетрясения. Достаточно оказаться не в том месте, чтобы быть ограбленным или пережить изнасилование, потерять бдительность за рулем и попасть в аварию, стать свидетелем акта насилия или пережить длящуюся во времени цепочку жестокого обращения.

Диагностический справочник DSM V предлагает 7 групп признаков Посттравматического стрессового расстройства (309.81, F43.10). Среди них значатся наличие травматического события, повторное проживание опыта, навязчивые негативные представления о себе, избегание стимулов, связанных с травмой (внешних и внутренних), симптомы гипервозбуждения.

Мне не удалось найти статистику ПТСР в России, поэтому я воспользовался данными по США, где 70% взрослого населения переживали травматическое событие хотя бы раз в жизни. А это приблизительно 233.4 миллиона человек. Из них более 20% получили развитие ПТСР. То есть около 44.7 миллионов человек. А в любую заданную единицу времени ПТСР страдают 8% популяции США, то есть около 24.4 миллиона человек, что эквивалентно населению самого крупного штата Техас. Каждая девятая женщина страдает ПТСР и этот показатель в два раза выше чем у мужчин. Почти 50% все амбулаторных пациентов, страдающих психическими расстройствами имеют ПТСР.

В группу повышенного риска развития ПТСР попадают:

- пережившие насилие в детстве,
- имеющие сопутствующие проблемы с психическим здоровьем,
- живущие в семье где кто-то страдает психическим расстройством,
- испытывающие дефицит поддержки со стороны друзей и родственников,
- неожиданно утратившие близкого человека,
- недавно пережившие стрессовые события,
- злоупотребляющие алкоголем,
- плохо образованные.

Как видно по статистике, вероятность встретить пациента, страдающего от последствий психической травмы, крайне высока у любого специалиста в области охраны психического здоровья, образования и социальной помощи. Поэтому крайне важно включать в подготовку специалистов этих отраслей получение базовых знания и отработку навыков обращения и помощи с такой категорией пациентов или клиентов.

В данной статье представлен обзор базовых принципов работы с психическое травмой и ПТСР с позиции модели поведенческой Терапии Принятия и Обязательств (Acceptance and commitment therapy, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Далее по тексту

я буду использовать английскую аббревиатуру АСТ, которая произносится как «АКТ», что переводится как «действуй» и отражает принцип поведенческой терапии.

АСТ-модель психологических процессов при ПТСР.

Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) - это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональной ценностей (*жизненных смыслов*). Целью АСТ является *увеличение психологической гибкости*, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии со выбранными ценностями. АСТ применяется для широкого круга проблем и хорошо подходит для терапии последствий психической травмы.

Люди, страдающие от ПТСР часто переживают травматические переживания, ночные кошмары, неприятные мысли и болезненные чувства. Их стратегии совладания как правило связаны с избеганием этого опыта, ситуаций связанных с травмой или напоминающих о ней. В добавок к симптомам ПТСР, болезненный эмоциональный опыт и последствия травмы часто ведут к формирования себя как «раненого» или «сломанного». Все эти сложные чувства и мысли часто приводят к разного рода поведенческим проблемам от злоупотребления алкоголем до проблем в отношениях.



АСТ модель психопатологии может быть проиллюстрирована в виде шестиугольника (рис. 1), в котором каждый угол соотносится с одним из ключевых процессов, лежащих в основе допущений о природе человеческих страданий и развития психопатологий (Hayes et al., 2006). В центре диаграммы располагается

понятие психологической ригидности, термин обозначающий результат взаимодействия всех процессов. И хотя модель АСТ признает что специфические патологические процессы связаны с конкретными расстройствами, но говорит о том, что эти процессы в основе своей лежат в том, что мы называем психопатологией, которая является следствием нарушения психологической гибкости. В работе с ПТСР основной фокус направлен на два процесса: *избегание опыта и когнитивное спутывание*.

Данная модель является основой составления и анализа клинического кейса в АСТ, а также формирования стратегий консультативной и психотерапевтической работы, а также при составлении протоколов лечения. Среднее количество сессий, упоминаемых в руководствах по применению АСТ примерно от 6 до 12, по 1-2 сессии на каждый процесс. Модель не ограничивается краткосрочной формой и может применяться в долгосрочной терапии расстройств различной степени тяжести как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами.

Избегание опыта и когнитивное спутывание при ПТСР.

Избегание опыта или контроль опыта - это попытка контроля или изменения формы, частоты или чувствительности к внутреннему опыту (мыслей, чувств, ощущений или воспоминаний), даже когда они являются причиной поведенческого вреда (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). С точки зрения АСТ, избегание опыта происходит из нашей естественной способности оценивать, предсказывать и избегать событий.

Этот процесс напрямую относится к ПТСР. Во-первых, пациенты с ПТСР не готовы вступать в контакт с частным опытом в текущем моменте, так как этот опыт оценивается ими крайне негативно как тяжелое эмоциональное состояние, пугающе мысли и неприятные ощущения такие как сердцебиение, потливость и томительное возбуждение. А во-вторых, такие пациенты предпочитают избавиться от неприятных форм опыта любыми способами (*например, злоупотреблением медицинскими препаратами, алкоголем и наркотиками*), даже если они наносят им вред (Walser & Hayes, 2006). Таким образом, *избегание опыта* играет ключевую роль в механизме развития и поддержке ПТСР.

Например, клиент, переживший сексуальную травму, может избегать интимности и как следствие терять важные отношения. А переживший автокатастрофу может отказываться от транспортных средств, хотя ему надо ездить на работу. Среди военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов нередки случаи злоупотребления алкоголем для подавления воспоминаний о боевых действиях, в которых они участвовали. Последний пример демонстрирует трудность, с которой приходится сталкиваться психотерапевтам - клиент фиксируется на том, что такие способы как алкоголь имеют краткосрочный эффект облегчения, что создает ложное впечатление о работоспособности подобной стратегии. Клиенты застревают в идее, что им просто нужен способ, который заставит их «чувствовать себя лучше» или «*стать лучше*» (восстановить то что «испортилось» от травмы). Вместо этого АСТ предлагает клиентам учиться «чувствовать себя лучше» и учиться жить

осмысленной и наполненной ценностями жизнью с тем опытом и изменениями, которые уже произошли.

Когнитивное спутывание. Вербальная природа страдания.

Когнитивное спутывание означает тенденцию человека застревать в ловушке содержания того, что они думают. Это приводит к преобладанию мышления над другими способами поведенческой регуляции. Под «думанием» в АСТ понимается любое произвольно возникающее символическое или сравнительное мышление, включающее, например, слова, догадки, мысли, знаки и образы.

Образно говоря, при когнитивном спутывании происходит смешение реального мира и представлений о нем таким образом, что пропадает рефлексия по поводу восприятия мира. Но если мир и мышление/мысли о нем представляют единое целое, привычное мыслительное поведение может диктовать то, как мы реагируем на мир и мы начинаем думать, что мир такой и есть, вместо понимания того, что мир такой, каким мы привыкли его воспринимать. Восприятие - это то, что мы *делаем*.

Если мы проверяем влияние вербального поведения (говорения, мыслей использования нашего ума/внутренней речи), то увидим как оно может влиять на жизнь пережившего травму пациента в широком формате. Способность нашего вида к использованию речи может играть ключевую роль в совладании с повреждениями, наносимыми травматическим событием. Например, *аверсивным стимулом* может стать само описание и оценка травмы (Hayes et al., 1999; Walser & Hayes, 2006). Простой рассказ истории травмы может пробуждать негативные чувства и опыт, несмотря на то, что сама травма может быть не активна в данный момент, а травматическое событие осталось давно позади. Кроме того, вербальное поведение распространяется на разные контексты, таким образом принося боль и проблемы в разные области жизни, иногда никак не связанные с изначальным контекстом травмы (Walser & Hayes, 2006). Мы используем наш ум для того чтобы судить, оценивать, сортировать, маркировать и группировать информацию. Но эти полезные свойства ума могут стать ловушкой, если мы начинаем воспринимать его содержание буквально, думать, что мы только такие и есть как представляемся себе.

Если женщина пережила сексуальную травму, она может воспринимать себя как «поврежденную», «опороченную», «никому ненужную» «жертву» (*в англоязычной литературе реже применяется слово «жертва» и все чаще «пережившая/ший травму»*). Принимая эти ярлыки за истину, она будет прикладывать много усилий, чтобы «избавиться от порушенной части себя, чувств и мыслей о своей ненужности, чтобы стать опять целостной (*парадокс попытки избавиться от части себя чтобы стать целым*) и полноценно взаимодействовать с миром (Walser & Hayes, 2006).

Стратегическая ориентация АСТ-терапевта.

Позиция АСТ терапевта отличается от ряда моделей когнитивной-поведенческой терапии допущением о том, что сложные и неприятные мысли, чувства, воспоминания и другой опыт клиента не является проблемой. Ее порождают

способы справляться с ними. Желание выпить не является проблемой, но если человек пьет - это проблема. Мысль «со мной что-то не так» становится проблемой, если человек буквально верит в нее, позволяя ей выполнять функцию барьера на пути к наполненной жизни. Ключевой фокус АСТ в поддержке клиента быть с тем опытом, что уже есть (неприятные мысли, чувства, ощущения и т.д.) и создании границы между ним и способом его выражения. Продолжая пример с пережившей сексуальную травму, это будет формирование мета-позиции к мысли «я никогда не смогу заниматься сексом», прояснение ценностей и смыслов жизни «я хочу быть желанной и получать удовольствие от секса», развитие навыков и поддержание поведения для реализации этих ценностей.

Говоря о ПТСР, терапевт АСТ-модели помнит, что главным желанием клиента будет «все исправить», но это не может быть целью терапии. Даже если клиент с ПТСР приходит в терапию с желанием «стать как прежде» или «двигаться дальше», при детальном расспросе можно часто обнаружить, что это значит желание стереть травму, избавиться от этого опыта. АСТ - активная форма терапии, но она направлена не на изменение опыта или избавление от него (снижение симптомов в том числе), а на *изменение неработающих копинг-стратегий, снижающих психологическую гибкость и ухудшающих качество жизни.*

Конечной целью в АСТ при ПТСР помочь клиентам научиться выносить свой травматический опыт, не перевозбуждаясь и так, чтобы он перестал управлять их жизнь, чтобы они *научились жить с травматическим опытом наполненную и осмысленную жизнь.*

АСТ терапевт активно использует техники осознанности (mindfulness), которым обучает клиентов для управления вниманием и развития способности оставаться в контакте с неприятным внутренним. Фундаментальной задачей в терапии травматического стресса является восстановление баланса между «рациональным» и «эмоциональным» мозгом так, чтобы клиент мог почувствовать как он откликается на стимулы и управляет своим поведением. Попадание в состояние гипер- или гиповозбуждения, человек выпадает из «окна толерантности» - пределов оптимального функционирования. Становится реактивным и дезорганизованным, внутренние события (мысли, чувства, ощущения и т.д.) полностью захватывают наше внимание, принося страдания. До тех пор пока человек перевозбужден или отключен, он не может учиться на основе опыта, оставаясь в рамках внутренних правил (*ригидное представления о себе, травме, жизни*). И даже если он может контролировать себя, его сопровождают подавленность и снижение психологической гибкости. Восстановление от травмы включает в себя восстановление контакта с ценностями, ощущением себя, способности к творчеству.

Заключение.

Модель АСТ предлагает в работе с ПТСР фокусировку на работу с процессами избегания неприятного опыта и когнитивного застревания в негативных установках и самоидентификации с помощью принципов принятия текущего опыта и признания

его важности без попыток поменять его содержание или интенсивность. Техники осознанности (mindfulness) применяются для развития мета-позиции и способности переключать внимание с негативных мыслей на выбор желаемых качеств своего поведения и реализации им жизненных смыслов. Целью терапии АСТ является увеличение психологической гибкости, которая проявляется в способности быть открытым любым проявлениям внутреннего опыта, навыках регистрировать его, замечать автоматические реакции на внутренние стимулы и выбирать способы поведения в ответ на них в соответствии с определенными ценностями.

Список литературы:

US Department of Veterans Affairs <http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/how-common-is-ptsd.asp>

Robyn Walser. «Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Problems.

Learning ACT : an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists / Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser.

Bessel van der Kolk MD. «The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma».

The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) . American Psychiatric Association's (APA), 2013.

