

Психолог

*Правильная ссылка на статью:*

Кадыров Р.В., Венгер В.В. — Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия // Психолог. – 2021. – № 4. DOI: 10.25136/2409-8701.2021.4.35811 URL: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=35811](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=35811)

## **Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия**

**Кадыров Руслан Васитович**

кандидат психологических наук

заведующий кафедрой, доцент, кафедра общепсихологических дисциплин, Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ

690018, Россия, Приморский край, г. Владивосто, ул. Океанский Проспект, 165, каб. 906

✉ [rusl-kad@yandex.ru](mailto:rusl-kad@yandex.ru)

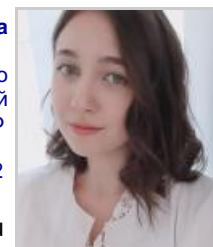


**Венгер Вероника Владимировна**

студент, кафедра Общепсихологических дисциплин, Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

690002, Россия, Приморский край, г. Владивосток, ул. Океанский Проспект, 140, корп. 2

✉ [venger-v@bk.ru](mailto:venger-v@bk.ru)



[Статья из рубрики "Клиническая психология"](#)

### **DOI:**

10.25136/2409-8701.2021.4.35811

### **Дата направления статьи в редакцию:**

25-05-2021

**Аннотация:** Цель данного обзора – обобщить и систематизировать работы зарубежных исследователей по проблеме психотерапии комплексного посттравматического стрессового расстройства. Достижение цели потребовало последовательного выполнения следующих задач: теоретический обзор зарубежной литературы по проблеме; анализ проведенных за рубежом исследований за последние годы и их содержательное обобщение. В работе использовались следующие методы: теоретический анализ источников по проблеме исследования; синтез как процесс соединения изученного материала в единую систему. В современных условиях жизни возросло количество людей с комплексным посттравматическим расстройством, вследствие чего стала особо актуальна проблема выбора эффективной психологической помощи и психотерапии для данной категории людей. В результате обзора было выявлено несколько научно доказанных эффективных методов немедикаментозного лечения КПТСР, среди которых когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизация и

переработка движений глаз (ДПДГ), также выделены не менее эффективны телесно-ориентированная терапия и арт-терапия. Определено, что в настоящее время для терапии КПТСР применяют прежде всего фазовый, ориентированный на травме подход, включающий в себя: установление безопасности, стабилизации и снижения симптомов К ПТСР; конфронтация, проработка и интеграция травматических воспоминаний; интеграция опыта психической травмы и реабилитация последствий КПТСР. Актуальным в работе с КПТСР является сочетание индивидуальной и групповой работы приводящее к наиболее эффективным результатам в терапии.

**Ключевые слова:** комплексное посттравматическое расстройство, психотерапия, исследования КПТСР, методы психотерапии КПТСР, зарубежные исследования, психическая травма, когнитивно-поведенческая терапия, E M D R , телесно-ориентированная терапия, арт-терапия

**Введение.** В современных условиях в связи с напряженной социально-экономической ситуацией, насилием в семье, частотой возникновения локальных войн, террористических актов, природных и техногенных катаклизмов, роста смертности, преступности, люди оказываются в условиях острых и/или хронических психически травмирующих событий. Данные обстоятельства приводят к снижению качества жизни и, как следствие, распространённости посттравматических стрессовых расстройств среди населения, что повышает интерес исследователей к этой проблеме. На современном этапе развития клинической психологии понятие комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР) является актуальным. Так в мае 2019 г., в международной классификации болезней (МКБ-11), была выделена особая категория «комплексное посттравматическое расстройство» (КПТСР), отличающаяся от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) по ряду специфических характеристик. Исходя из этого возникает острая необходимость в понимании того, какая психологическая помощь и психотерапия для людей с КПТСР будет наиболее эффективна. Изучение состояния проблемы не только среди отечественных источников, но и за рубежом позволит нам составить более полную картину, что в будущем поможет оказывать наиболее эффективную помощь людям с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством.

**Цель данного обзора** – обобщить и систематизировать работы зарубежных исследователей, направленные на выяснение причин возникновения комплексного посттравматического расстройства, а также его диагностика и психотерапия.

**Материалы и методы.** Основными материалами для исследования послужили статьи о комплексном посттравматическом стрессовом расстройстве зарубежных ученых в США и Европе. Основным методом исследования стал сравнительный анализ литературных источников с последующим синтезом выявленной информации.

#### **Результаты исследования.**

Зарубежные исследователи используют ориентированный на травме подход. В качестве эффективных методов лечения КПТСР выделены: когнитивно-поведенческая терапия, десенсибилизация и переработка движений глаз (EMDR), телесно-ориентированная терапия и арт-терапия.

#### **ПТСР и КПТСР**

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) описывает психологические симптомы, возникающие в результате чрезвычайно серьезных жизненных ситуаций, которые существенно препятствуют нормальному функционированию. ПТСР часто возникает в результате событий, таких как автомобильные аварии, стихийные бедствия, акты насилия. Люди с травматическим анамнезом редко переживают только одно травматическое событие, чаще всего, испытали несколько эпизодов травматического воздействия, которые приводят к сложной симптоматике [1, 2]. На современном этапе 11-й пересмотр Международной классификации болезней включает два различных родственных состояния - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (код 6B40) и комплексное ПТСР (КПТСР) (код 6B41), под общей категорией «Специфические расстройства, связанные со стрессом». ПТСР состоит из трех групп симптомов, включая повторное переживание травмы здесь и сейчас, избегание травматических воспоминаний и постоянное чувство текущей угрозы, которое проявляется преувеличенным испугом, повышенной бдительностью [3, 4, 5].

Более тяжелая форма посттравматического стрессового расстройства – комплексное посттравматическое расстройство (КПТСР), которое отличается от известного травматического синдрома *пятью наиболее выраженными компонентами*: флешбэками, токсичным чувством вины, пренебрежением своих интересов и потребностей, внутренней критикой и социальной тревожностью [6, 7]. В МКБ-11 комплексное посттравматическое расстройство включает в себя три кластера ПТСР и три дополнительных кластера, которые отражают «нарушения в самоорганизации» и влияют на дисрегуляцию, негативную я-концепцию и нарушения в межличностных отношениях. Исследователи полагают, что эти нарушения, как правило, связаны с устойчивыми, повторяющимися или множественными формами травматического воздействия, отражающими потерю эмоциональных, психологических и социальных ресурсов в условиях длительных невзгод [7, 8, 9].

Ряд исследователей также рассматривают в качестве симптоматики КПТСР: трудности в регуляции аффективных импульсов; вялость, медлительность обработки информации, трудности с вниманием и концентрацией; диссоциативные эпизоды и деперсонализацию; проблемы самовосприятия, хроническое чувство вины, сопровождающиеся чувством интенсивного стыда; отмечаются сложности в доверии и близости, стойкие изменения в системе смыслов [8, 10, 11]. Чувство одиночества и ненужности, резкие колебания настроения, сверхактивная реакция острого стресса «бей или беги», повышенная чувствительность к стрессовым ситуациям, суицидальные мысли [6, 12]. Karatzias T. считает, что КПТСР затрагивает все структуры личности – образ самого себя, образы других, ценности и идеалы, и приводит к ощущению, что когерентность и непрерывность личности подвергаются нападению и систематически разрушаются [13].

Комплексное ПТСР (Maercker et al., 2013) – это расстройство, которое возникает после контакта со стрессором, как правило, экстремального или длительного характера и от которого бежать трудно или невозможно. Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитие стойких и всепроникающих нарушений в аффекте, самоуправлении и регуляционного функционирования, в том числе трудности в регулировании эмоций, негативная самоконцепция (убеждения) о себе, как о незначительном, неуспешном или бесполезном, и трудности в поддержании отношений [14].

На сегодняшний день все большее количество исследований проводит различие между

двумя профилями симптоматики (более 40 исследований, проведенных по крайней мере в 15 различных странах, последовательно демонстрировали различие между ПТСР и КПТСР) [\[4, 8, 15, 16\]](#).

Соответственно, на основе вышесказанного можно говорить, что терапевтический подход в работе с КПТСР должен учитывать различия между двумя проявлениями расстройства и учитывать особую сложность, его характеризующую.

### **Концепции, объясняющие причины возникновения КПТСР**

Необходимо, отметить, что теория привязанности, коренящаяся в биологии, дает объяснение того, как у людей могут развиваться симптомы КПТСР. Вредные переживания в детстве влияют на будущие взаимоотношения и приводят к эмоциональной уязвимости. Ранние неудачи в помощи младенцам справиться со своими эмоциями могут привести к эмоциональной дисрегуляции в более позднем возрасте. Некоторые исследователи полагают, что дезорганизованный стиль привязанности, часто наблюдаемый у таких пациентов, может быть переименован в травматическую привязанность, чтобы более точно описать как происхождение, так и текущий опыт привязанности, которым страдают люди с этими симптомами. Нейробиология демонстрирует как ранние нарушения развития в воспитании людей вызывают изменения в мозге, которые затем влияют на качество их дальнейшей жизни. Такие пациенты часто испытывают стыд, вину и никчемность. Психоанализ рассматривает, как реальное событие во внешнем мире может сочетаться с бессознательной фантазией о примитивной деструктивности в самореализующемся порочном круге постоянно возникающих и проявляющихся в поведении травмирующих воспоминаний. Таким образом, человек, который бессознательно боится своих и других кровавых инстинктов, может получить подтверждение во внешнем мире и позже всё может обернуться катастрофическими психическими последствиями [\[2\]](#).

В зарубежной литературе также описана модель «социальной причинности», основанная на предположении, что отсутствие социальной поддержки может предшествовать и способствовать увеличению психологических расстройств после травмы. Учитывая природу более «сложных» симптомов посттравматического стресса, таких как преувеличенные негативные убеждения и ожидания, а также чувство отстраненности или отчуждения от других, представляется вероятным, что отсутствие социальной поддержки будет играть определенную роль в этих симптомах [\[17\]](#).

В основе этиологии КПТСР лежит психическая травма, наряду с которой существенное значение играют особенности характера, биологическая предрасположенность, а также возраст пострадавших. Кроме того, наличие личностных расстройств и серьезных психических нарушений в анамнезе также увеличивает силу воздействия стрессора [\[18\]](#).

В рамках психофизиологической модели ответ на травму результат длительных физиологических изменений, здесь акцент делается на преморбидной предрасположенности к чрезмерным вегетативным реакциям на стресс.

В рамках когнитивно-поведенческого подхода используется двух факторная теория. Для людей, переживших травматические события характерно проявления дистресса и страха. Оперантное обусловливание объясняет развитие симптомов избегания и сохранение страха даже в отсутствие травмирующего стрессора, т. е. условного стимула. Поскольку воспоминания о травмирующем событии и других сопутствующих обстоятельствах (условные стимулы) вызывают страх и тревогу (условные эмоциональные реакции) у

человека актуализируется избегание, что впоследствии уменьшает страх и тревогу. В таком контексте избегание условных стимулов получает негативное подкрепление, что мешает угасанию связи между обстоятельствами травмы и тревогой, которое было бы неизбежно при повторении травмирующих переживаний. Неадаптивное преодоление травмы включает генерализацию страха, гнев, уход, диссоциацию, постоянное отыгрывание травмы. Причина не адаптивного преодоления травмы лежит в негибкости, некорректируемости когнитивных схем, сформированных в процессе онтогенеза [19]. Таким образом, в настоящее время нет однозначных объясняющих причины возникновения КПТСР.

### **Диагностика КПТСР**

Диагноз комплексного ПТСР может встречаться у представителей всех возрастных групп. Для того, чтобы диагностировать КПТСР необходимо прежде всего понимать какие критерии ему присущи. Первым критерием выступает подверженность стрессовому событию, как правило, экстремального или длительного характера, избежать которое затруднительно или невозможно, например, пытки, концентрационные лагеря, рабство, геноцид или другие формы организованного насилия, домашнее насилие и сексуальное или физическое насилие в детстве. Диагноз основан на основных симптомах посттравматического стрессового расстройства (повторное переживание травмы в настоящем, избегание напоминаний о травме и постоянное восприятие текущей угрозы), новые руководящие принципы включают развитие стойких и повсеместных нарушений аффективного, самовыражения и функционирования в отношениях, включая трудности в эмоциональном регулировании, а также трудности в поддержании отношений. Именно эти последние три критерия действительно определяют комплексное посттравматическое стрессовое расстройство.

Симптомы комплексного ПТСР, такие как нарушения регуляции эмоций и межличностные проблемы, можно наблюдать у детей в виде регрессивного и/или агрессивного поведения по отношению к себе и другим. В подростковом возрасте употребление психоактивных веществ, рискованное (незащищенный секс, опасное вождение) и агрессивное поведение могут быть особенно очевидным выражением эмоциональных нарушений и межличностных проблем [20].

КПТСР нужно разграничивать с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Для постановки диагноза ПРЛ не требуется присутствия стрессового фактора или стержневых симптомов ПТСР. При этом они обязательны для диагностики комплексного ПТСР. ПРЛ характеризуется страхом быть покинутым, изменениями идентичности и частым суицидальным поведением. При комплексном ПТСР страх быть покинутым не является обязательным составляющим расстройства, а самоидентификация скорее стабильно негативная, чем изменяющаяся.

Для установления комплексного ПТСР зарубежными исследователями применяются чаще, чем другие методики – *международный опросник по травмам (ITQ)* – ряд зарубежных исследователей считают, что это единственный на современном этапе надежный и валидный метод самоотчета не только посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но и комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР), соответствующего диагностическим критериям Международной классификации болезней, 11-я редакция (МКБ-11). Методика была подтверждена исследованиями на международном уровне, проведенными в Европе, Ближнем Востоке, Азии, Африке и Северной Америке. Международный опросник о травмах (ITQ) был разработан как доступный и удобный способ самоотчета и состоит из 18 пунктов по каждому из которых

участники указывают, насколько они были обеспокоены каждым из основных симптомов в течение последнего месяца. Основным достоинством опросника авторы считают диагностику по трём кластерам симптомов, относящихся к ПТСР (повторное переживание, избегание и чувство угрозы) и трём дополнительным кластерам симптомов, относящихся к нарушению самоорганизации, типичных для КПТСР (аффективная дисрегуляция, нарушения в отношениях и негативная Я-концепция). В этом случае диагноз строится как комбинация всех кластеров симптомов ПТСР и всех кластеров симптомов нарушения самоорганизации. Поэтому основываясь на диагностических правилах МКБ-11, можно поставить диагноз ПТСР или КПТСР, но не то и другое вместе [15].

Помимо данного опросника в исследованиях КПТСР применяется «Структурированное интервью для расстройств в результате экстремального стресса» (SIDES), разработанный для выявления симптомов КПТСР. Данное интервью активно используется зарубежными авторами из-за признания его высокой внутренней согласованности, валидности и надежности. Также один из плюсов методики, на котором акцентируется внимание – обширный диапазон рассматриваемых симптомов. Структурированного интервью состоит из 45 пунктов, которое измеряет 24 симптома КПТСР. Эти симптомы затем группируются, образуя шесть кластеров симптомов: изменения в регуляции аффекта, изменения в сознании, изменения в самоуправлении, восприятии, области отношений, соматизации и изменении смысла. Следует отдельно выделить, что интервью проводится в контексте обсуждения прошлого травматического опыта, и основное внимание уделяется симптомам, испытываемым в целом, а не в связи с конкретным событием [20].

*Интервью для комплексного посттравматического стрессового расстройства (Interview for complex PTSD, IkPTBS)* соответствует с текущим предложением по набору критериев МКБ-11 для КПТСР. При помощи данного инструмента возможно эффективно отличать пациентов с комплексным посттравматическим стрессом от пациентов, страдающих только ПТСР. Немецкая версия интервью включает в общей сложности 40 вопросов, с помощью которых опрашиваются критерии симптомов КПТСР: нарушение в регуляции аффектов и импульсов (регуляция аффектов, борьба с гневом, самодеструктивное поведение, суицидальность, сексуальные расстройства, рискованное поведение); расстройства восприятия или сознания (амнезии, диссоциативные эпизоды и деперсонализация); расстройства самости, восприятия (стигматизация, хроническое чувство вины, стыда); нарушения во взаимоотношениях с другими людьми (неспособность доверять, неспособность защитить себя, виктимизация других людей); соматизация (соматоформные жалобы на физическое состояние, ипохондрические страхи) и изменение отношения к жизни (отсутствие перспектив на будущее, утрата базовых убеждений). Среди прочего исследуемого спрашивают о расстройствах регуляции эмоций, что является, несомненно, важным при оценке КПТСР.

В попытках оценить КПТСР исследователи также используют и другие дополнительные методы измерения:

- «Шкала регуляции отрицательного настроения» (NMR), состоящая из 30 пунктов, разработанная для измерения обобщенных представлений о негативных изменениях настроения. Авторы методики делают акцент на том, что методика специально изучает убеждения (или ожидания) респондентов относительно их способности чувствовать себя лучше, когда они расстроены, вместо того, чтобы просить их сообщить о своем реальном поведении в прошлом, что в свою очередь может быть более эффективным.

- «Контрольный список жизненных событий» (LEC). LEC — это средство самоотчета из 17 пунктов, предназначенное для выявления потенциально травмирующих событий у респондента. LEC оценивает воздействие на всю жизнь 16 травмирующих событий (например, естественной катастрофы, физического нападения, опасного для жизни заболевания / травмы), а 17-й пункт «Любое другое очень стрессовое событие / опыт» может использоваться для обозначения воздействия травмы, которая не была указана в списке.
- Также при оценке симптомов КПТСР исследователями используется субшкала SCL-90-R в совокупности с другими диагностическими методами. Исследователи отмечают, что SCL-90-R является надежной, но одномерной мерой для скрининга дистресса, связанного с ПТСР. Среди преимуществ данной методики авторы выделяют акцент на таких симптомах как соматизация, навязчивости мыслей, действий, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность и других симптомов, требующих рассмотрения при оценивании КПТСР.
- Шкала диссоциативных симптомов (DSS) из 8 пунктов – сокращенная версия «Шкалы диссоциативных симптомов» из 20 пунктов, измеряет четыре подшкалы (дереализация / деперсонализация, когнитивно-поведенческое повторное переживание, пробелы в памяти и осознании, а также сенсорные неправильные восприятия) по два пункта каждая.
- Ещё одним важным пунктом при рассмотрении КПТСР является дисфункциональные паттерны в межличностных отношениях. Данный аспект зарубежные исследователи рассматривают при помощи опросника межличностных проблем (Inventory of interpersonal problems, IIP), состоящего из 127 пунктов, призванного помочь определить источники межличностного стресса. Опросник представляет собой форму самоотчета, в которой участников просят оценить различные межличностные проблемы, которые могут вызвать стресс. Пункты опросника делятся на две группы: межличностные неадекватности или запреты (78 пунктов), эксцессы или принуждения (49 пунктов). Все элементы первой группы начинаются с фразы «мне трудно...», тогда как элементы второй группы включают фразу «слишком...». Участники оценивают каждый элемент по шкале от 0 до 4 в зависимости от того, насколько трудно / тревожно они чувствуют себя по поводу этого предмета [\[22\]](#).

Таким образом, в настоящее время существует незначительное количество валидных и надежных методик и шкал по изучению психодиагностических критериев комплексного посттравматического стрессового расстройства. Данная ситуация актуализирует создание новых и адаптацию уже существующих методик КПТСР на Российской выборке.

### **Психотерапия КПТСР**

Различными авторами подчеркивается, что не существует универсального терапевтического метода для лечения КПТСР [\[1\]](#), восстановление от КПТСР, прежде всего, является комплексным [\[6\]](#), что, по видимому доказывает, что выбранные вмешательства должны проводиться не односторонне, а затрагивать разные стороны жизнедеятельности клиента, что согласуется с мнением Julian D. Ford., о том, что в процессе психотерапии необходимо сопоставлять компоненты лечения и методы для наилучшего устранения конкретных симптомов КПТСР, представленных у человека [\[18\]](#). При оказании психологической поддержки лицам, получившим КПТСР, часто необходимо сочетать различные подходы, методы и методы терапии [\[7, 13\]](#). Таким образом мы видим,

что необходимо предоставлять не конкретную модель единой терапии, ориентированной на психическую травму, а скорее разработанный процесс психотерапии с учетом индивидуального подхода.

По мнению Пита Уокера, данный аспект важен, поскольку односторонние подходы не могут справиться со всеми уровнями травмирования, вместе образующими причину КПТСР. Eric J. Green и Amie C. Myrick выдвигают положение о том, что любая терапия должна быть направлена не только на текущую симптоматику, но и на другие аспекты жизни пациента [\[13\]](#).

Зарубежные исследователи говорят о эффективности психологических методов лечения, ориентированных на травму, таких как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и десенсибилизация и переработка движений глаз (EMDR) [\[5, 20, 21\]](#), а также соматическая травмы (телесно-ориентированная терапия) [\[1\]](#) для лечения КПТСР. Тогда как другие методы лечения менее эффективны (гипнотерапия, поддерживающая терапия и др.).

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) помогает в замене искаженных или дистрессовых мыслей более точными и позитивными убеждениями. Для психотерапии часто применяются два метода когнитивно-поведенческой терапии: экспозиционная терапия и когнитивно-процессуальная терапия. Экспозиционная терапия предполагает десенсибилизацию (снижение чувствительности) к психической травме путем многократного проговаривания травматических воспоминаний. Этот метод также использует методы релаксации и дыхательные упражнения. Когнитивно-процессуальная терапия ослабляет силу устрашающих воспоминаний путем активации устрашающего воспоминания при одновременном предоставлении новой информации, которая несовместима с убеждениями, связанными с таким воспоминанием. Когнитивно-процессуальная терапия предполагает психологическое просвещение в отношении симптомов ПТСР; помогает развивать осознанность мыслей и чувств; способствует принятию новых, более позитивных убеждений; поощряет практиковать новые навыки, которые приводят к инсайтам в отношении своих действий [\[1, 5\]](#).

Julian D. Ford (2021) в своём обзоре описывая методы лечения КПТСР, пишет, что КПТ незначительно более эффективна, чем другие заслуживающие доверия терапевтические вмешательства, и только в отношении дисрегуляции отношений. Десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) имела положительные результаты в отношении дисрегуляции эмоций и измененного самовосприятия. Принимая во внимание, что пациенты могут демонстрировать разную тяжесть расстройства, необходимо индивидуализировать психотерапию [\[18\]](#).

В качестве другого, применяемого с положительным результатом для пациентов с тяжелыми травмами метода, может быть использована EMDR -терапия, она позволяет пациенту справляться с тревожным материалом и открыться к дальнейшим изменениям [\[9, 22, 23, 24\]](#).

Таким образом, можно сказать, что работа с КПТСР должна быть нацелена на устранение психологических защит, чтобы в дальнейшем трансформировать травматические воспоминания в те, которые не будут приводить к дискомфорту и таким образом повысить восприимчивость к дальнейшим вмешательствам.

Thanos Karatzias и др. используя мета-анализ обобщив фактические данные об эффективности лечения симптомов КПТСР, пришли к выводу, что нет доказательств,



касающихся эффективности индивидуальных и групповых вмешательств в отношении людей с КПТСР. Существующие данные в основном сосредоточены на лечении, ориентированном на одну психическую травму. В целом, результаты показывают, что КПТ и ДПДГ работают относительно одинаково для симптомов ПТСР и симптомов нарушения в самоорганизации, негативной самооценки и нарушений в отношениях [20].

Говоря о эффективности применения индивидуальной и групповой терапии следует указать на неоднозначность представленных мнений. Ряд исследователей [3, 9, 13] согласны с тем, что индивидуальная терапия, ориентированная на травму, более эффективна, чем групповая терапия. Так, J. Кнйре, основываясь на своих наблюдениях, говорит о том, что субъектам с посттравматическим стрессовым расстройством, начавшимся в детстве, почти наверняка требовалось больше индивидуальный подход к лечению. В качестве аргументации выдвигается мнение о том, что различные типы травм вызывают различия в тяжести и сложности перенесенных симптомов и таким образом приводят нас к выводу о том, что терапия требует индивидуального подхода к каждому отдельному случаю [22]. И напротив, А. Шварц отмечает, что групповая терапия предлагает преимущества, которые не может обеспечить индивидуальная терапия. Например, возможность принять свое прошлое и снизить чувство социальной изоляции. Однако автор подчеркивает, что иногда важно пройти индивидуальную терапию до начала групповой терапии, чтобы быть в состоянии принять свою уязвимость в ситуации самораскрытия перед другими людьми [1].

В работах зарубежных исследователей есть описание применения фазовой модели, предложенной в качестве предпочтительного варианта лечения [10, 23, 25]. Поэтапные вмешательства сначала направлены на решение нарушения в самоорганизации и связанных с этих проблем в повседневном функционировании (например, повышение безопасности, регуляции эмоций и социальных навыков), а затем вводится исследование и конфронтация с психической травмой [19, 20]. Это делается для того, чтобы увеличить эмоциональные, психологические и социальные ресурсы для улучшения функционирования в повседневной жизни, а уже затем использовать данные ресурсы для повышения эффективности работы.

О. Hart D., Mosquera., A. Gonzalez и другие исследователи делают акцент на том, что терапии травматических воспоминаний должна предшествовать фаза терапии (стабилизация, уменьшение симптомов и развитие навыков), на которой закладывается основа для успешной и безопасной переработки психической травмы [22, 23]. Таким образом, в процессе работы они приходят к выводу, что терапия травматических воспоминаний в EMDR и в других методах должна быть встроена в гораздо более всеобъемлющую терапию, немаловажной частью которой является уважительное и сострадательное отношение со стороны терапевта, а также развитие терапевтического альянса. Особый акцент они делают на том, что терапия EMDR может применяться гибким, безопасным и эффективным способом, способным интегрировать травматические воспоминания, диссоциативные части, в следствие чего личность в целом становится более интегрированной, с развитой способностью к адаптации, развитию позитивной самооценки [22, 23, 26].

N. Grey уделяет особое внимание тому, что в традиционных моделях психотерапии, как правило, отсутствуют методы, которые непосредственно лечат вегетативную дисрегуляцию, тогда как сенсомоторная психотерапия, разработанная специально для лечения соматических, вегетативных, а также когнитивных и эмоциональных симптомов,

представляет собой основанную на осознанности телесно-ориентированную терапию, которая включает в себя подходы из психодинамической психотерапии, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческих и основанных на осознанности когнитивных методов лечения. Он делает вывод о том, что эффект сенсомоторной психотерапии наблюдался в общем улучшении состояния исследуемых: снижены показатели травматического расстройства, показатели депрессии, наблюдалось улучшение повседневной жизнедеятельности и близких отношений, измеренных. Таким образом, результаты исследования показали, что сенсомоторная терапия (12 сеансов) оказалась полезной для первой фазы - стабилизирующая терапия психической травмы [19].

Такие подходы как, например, соматическое терапия травмы (разработанная Питером Левином) и сенсомоторная психотерапия (разработанная Пэт Огден) - задействуют телесное осознание, чтобы высвободить психологическое и физиологическое воздействие травмирующих событий. Когда телесное осознание не включено в переработку травмы, человек не позволяет себе работать с его врожденными способностями к исцелению. Телесное осознание, или осознание телесных ощущений, помогает установить обратную связь с его телом, что бы он мог распознать, когда его травматическое прошлое больше не имеет власти над ним [1, 6].

Х. Ли, оценивая эффективность арт-терапии в устранении симптомов КПТСР и улучшении функционирования мозга людей, перенесших сложную травму пришла к выводу о положительном эффекте арт-терапии при лечении: улучшение навыка выражения чувств, обретение понимания, рефлексии и совершенствование навыка построения отношений внутри группы [11]. Можно предположить, что создание произведений искусства не только предоставляло участникам альтернативный способ самовыражения, но и также тренировало навык совладания, который помог делиться и прояснять свои чувства и мысли.

В лечении КПТСР играет немаловажную роль акцент на дисрегуляции эмоций. В. Linders, L. Rozendaal, E. M. Voorendonk, A. Van Minnen в своём исследовании (2020) выдвинули предположение, которое в дальнейшем подтвердилось, что после травма-ориентированной терапии тяжесть симптомов, трудности регуляции эмоций значительно уменьшится [12].

Другим важным аспектом, который рассматривают при лечении КПТСР – влияние воспринимаемой социальной поддержки (ВСП). N. Simon, N. Roberts, C. Lewis и другие в своем исследовании показывают, что люди с КПТСР, как правило, демонстрируют более низкие уровни ВСП по сравнению с людьми, не имеющими КПТСР. Мероприятия, направленные на улучшение ВСП, могут быть особенно полезны для некоторых пациентов с КПТСР, особенно с трудностями в межличностных отношениях [17, 25].

А. Шварц в своей книге останавливается на том, что особенно полезна в терапии КПТСР диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) как разновидность когнитивно-поведенческой терапии, которая включает в себя индивидуальные или групповые терапевтические сессии, которые сосредоточены на развитии осознанности, управлении эмоциями, стрессоустойчивости и межличностной эффективности [1, 3, 6]. М. Bohus, C. Schmahl, T. Fydrich и другие (2019) провели исследование в процессе которого исследователи пришли к мнению, что данный метод является одним из наиболее эффективных методов лечения дисрегуляции эмоций [3].

Е. Voorendonk, L. Rozendaal, A. Minnen в 2020 г., применили программу терапии,

сочетающую пролонгированную экспозицию (терапия длительного воздействия), EMDR-терапию, психообразование и физическую активность. Полученные результаты исследования подтверждают предположение о том, что большинство пациентов с КПТСР могут получить пользу от комплексной интенсивной психотерапии, ориентированной на травму. Несмотря на то, что небольшой процент пациентов оставался удовлетворяющим критериям КПТСР после лечения (12,3%), ни один из пациентов не показал достоверного ухудшения симптомов [9], данные результаты подтверждает исследование, проведенное в 2021 г., М. Cloitre., [16], а также исследование (2018) проведенное на 347 пациентах, результаты которого показывают, что более 80% пациентов с КПТСР показали улучшение при данной интенсивной травма-фокусированной программе терапии, включающей КПТ и EMDR терапию [21]. Полученные данные, вероятно, свидетельствуют о том, что выбранный исследователями интенсивный многокомпонентный подход демонстрирует эффективность в процессе лечения КПТСР.

A. Cathey, J. Brownrigg, E. Coenen, G. Young, C. Wetterneck на основе проведенного исследования (2015) полагают, что комбинация методов и форм терапии может быть эффективной для уменьшения симптомов КПТСР. Интенсивное лечение включало лечение, основанное на воздействии (длительное воздействие), терапию принятия и ответственности (АСТ) и функциональную аналитическую терапию. Ими были применены йога, арт-терапия, индивидуальная терапия, групповая терапия, психообразование и физкультура [27]. Таким образом, полученные данные подтверждают идею и том, что вмешательства должны носить комплексный характер, сочетать разные виды и методы психотерапии, что увеличивает шанс на успех терапии.

### **Выводы**

Таким образом, в результате обзора было выявлено, что в настоящий момент необходима разработка и адаптация методик, шкал по изучению КПТСР на Российской выборке. Существует несколько научно доказанных эффективных методов психотерапии КПТСР, такие как когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме, EMDR-терапия, а также в качестве достаточно эффективных телесно-ориентированная (сенсомоторная терапия) и арт-терапия. Авторы говорят о отсутствии единственного, универсального метода, применяемого к комплексному посттравматическому стрессовому расстройству, акцентируя внимание на том, что лечение должно быть разносторонним, затрагивающим разные сферы жизнедеятельности, иначе в процессе работы не будут переработаны все уровни травматизации.

В настоящее время для терапии КПТСР применяют прежде всего фазовый, ориентированный на травме подход, включающий в себя: установление безопасности, стабилизации и снижения симптомов К ПТСР; конфронтация, проработка и интеграция травматических воспоминаний; интеграция опыта психической травмы и реабилитация последствий КПТСР.

Помимо этого среди зарубежных исследователей существует неоднозначное мнение по поводу выбора формы проведения терапии (индивидуальная или групповая). Следует остановиться на том, что часть из исследователей сообщает об эффективности индивидуальной формы работы, тогда как другая акцентирует внимание на том, что сочетание данных форм между собой принесёт наиболее эффективный результат. Таким образом, дальнейшие исследования должны ориентироваться на изучение психотерапии КПТСР как в России, так и за рубежом, для создания базы актуальных для современного общества методов в отношении его терапии. Чтобы в дальнейшем обеспечить

эффективную и оперативную помощь людям с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством.

## Библиография

1. Schwartz A. The Complex PTSD. Workbook A Mind-Body Approach to Regaining Emotional Control and Becoming Whole. – Albany: Althea Press, 2017. – 190 s.
2. Green E. Treating Complex Trauma in Adolescents: A Phase-Based, Integrative Approach for Play Therapists // International Journal of Play Therapy. – Vol. 23. – 2014. – № 3. 131-145 p.
3. Bohus M., Schmahl C., Fydrich T. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment approach for Complex PTSD after childhood abuse // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. – 6 (1). – 2019. – 1-16 p.
4. Fernández F. C., Ruiz-Párraga, G. T., Ramírez M. C., Esteve Z. R. Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review // Sa-lud Mental. – 41 (2). – P. 81-90.
5. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. – 49 (11). – 2019. – 1761-1775 p.
6. Walker P. Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A Guide and Map for Recovering from Childhood Trauma. – North Charleston: Createspace Independent Publishing Platform, 2013. – 374 p.
7. Zepinic V. (2017). Trauma-Focused Dynamic Therapy Model in Treating Complex Psychological Trauma // Psychology. – 8 (13). – 2017. – P. 4.
8. Howard A. Prevalence and treatment implications of ICD-11 complex PTSD in Australian treatment-seeking current and ex-serving military members // European Journal of Psychotraumatology. – Vol. 12. – 2021. – 1-13 p.
9. Voorendonk E. Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment programme // European Journal of Psychotraumatology. – 11 (1):1783955. – 2020. – 1-11 p.
10. Ford J. Complex PTSD: Research directions for nosology/assessment, treatment, and public health // European Journal of Psychotraumatology. – 6:27584. – 2015. – 1-5 s.
11. Li X. Treating Complex Trauma with Art Therapy from a Neurobiological Viewpoint // Annals of Psychiatry and Mental Health. – 2015. – 1-56 p.
12. Toorenburg M. Do emotion regulation difficulties affect outcome of intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? // European Journal of Psychotraumatology. – 11 (1): 1724417. – 2020. – 1-11 p.
13. Karatzias T. Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ) // Journal of Affective Disorders. – Vol. 207. – 2017. – P. 181–187.
14. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L. M., Humayan A., Kagee A., Llosa A. E., Rousseau C., Somasundaram D. J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S. C., First M. B., Reed G. M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // World Psychiatry. – 12 (3). – 2013. – 198–206 p.
15. Ford J. Complex PTSD and borderline personality disorder // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. – 8 (1). – 2021. – 1-21 p.
16. Cloitre M. Complex PTSD: assessment and treatment // European Journal of

- Psychotraumatology. – 6:27584. – 2021. – 1-21 p.
17. Simon N. Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment // European Journal of Psychotraumatology. – 10 (1):1573129. – 2019. – 1-10 p.
  18. Ford J. Progress and Limitations in the Treatment of Complex PTSD and Developmental Trauma Disorder // Current Treatment Options in Psychiatry. – 8 (2). – 2021. – 1-17 p.
  19. Gene-Cos N. Sensorimotor Psychotherapy Group Therapy in the Treatment of Complex PTSD // Annals of Psychiatry and Mental Health. – 4 (6). – 2016. – 1-7 p.
  20. Madeleine K., Lawrence S., Rachel U., Cornelius K. Complex posttraumatic stress disorder in traumatised asylum seekers: A pilot study // Eur. J. Psychiat. –Vol. 28. N. 3. – 2014. – P.137-144.
  21. Thanos K. Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ) // Journal of Affective Disorders. – Vol. 207. – 2017. – P. 181-187.
  22. Gianluca L., Giuseppe M., Laura S., Veronica O., Carla D., Gabriele P., Salvatore G. The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups // Front. Psychol. – Vol. 9. – 2018. – 1-12 p.
  23. Brewin. C. R. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD // Clinical Psychological Review. – Vol. 58. – 2017. P. 1–15.
  24. Woudenberg C. Effectiveness of an intensive treatmentprogramme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder // European Journal of Psychotraumatology. – 9 (1). – 2018. – 1-10 p.
  25. Knipe J. EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation. – New-York: Springer Publishing Company, 2014. – 272 p.
  26. Gonzalez A. The Progressive Approach to EMDR Group Therapy for Complex Trauma and Dissociation: A Case-Control Study // Front. Psychol. – Vol. 8:2377. – 2018. – 1-8 p.
  27. Whalley, M. G., Lee, D. A. Integrating compassion into EMDR for PTSD and CPTSD // The Society for the Improvement of Psychological Science. – 2019. – 40 p.
  28. MacIntosh H. Review of Treating of complex trauma: A sequenced relationship-based approach // Canadian Psychology. – 4 (3): 2000. – 2013. – 200 p.
  29. Hart O. Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment // Journal of EMDR Practice and Research. – 8 (1). – 2014. – 33-48 p.
  30. Cathey A. Third wave enhanced treatment of severe complex PTSD // Conference: Association for Contextual Behavioral Sciences. – 2015. – 1 p.

## **Результаты процедуры рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Статья выполнена на тему, в которой обзорно-аналитическим образом представлены сведения о возможностях психотерапии комплексного посттравматического стрессового

расстройства. Показано, что в связи с напряженной социально-экономической ситуацией и еще очень многими факторами, и обстоятельствами в жизни современного человека появилось большое количество рисков развития посттравматических расстройств личности. С этим мнением автора можно согласиться, поскольку актуальность оказания психотерапевтической помощи таким пострадавшим высокая. Тем более, что такого рода обстоятельства приводят к снижению качества жизни и, как следствие, распространённости посттравматических стрессовых расстройств среди населения, что повышает интерес исследователей к этой проблеме. Автор отмечает, что в мае 2019 г., в международной классификации болезней (МКБ-11), выделена особая категория «комплексное посттравматическое расстройство» (КПТСР), отличающееся от посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Таким образом обращается внимание на развитие более тяжелых посттравматических стрессовых расстройств личности.

Если с актуальностью исследования можно согласиться, то в отношении предмета и методологии исследования такого сказать нельзя. В статье не указан предмет исследования, хотя очевидно, что автор обращает внимание на КПТСР.

Методология исследования не отражена. Одних обзорно-аналитических данных для методологии недостаточно.

К недостаткам статьи следует отнести отсутствие формулировки цели исследования и обоснования его научной новизны. Об этом в тексте сведений нет.

Стиль изложения текста полностью обзорно - аналитический и соответствует содержанию статьи. Так, автор приводит данные зарубежных исследователей по симптоматике КПТСР и сведения о возможностях оказания таим пострадавшим психотерапевтической помощи. В частности, отмечается, что «на основе вышесказанного можно говорить, что терапевтический подход в работе с КПТСР должен учитывать различия между двумя проявлениями расстройства и учитывать особую сложность, его характеризующую». С таким умозаключением автора следует согласиться.

В содержании отмечается, что комплексное посттравматическое расстройство (КПТСР), отличается от известного травматического синдрома (ПТСР) пятью наиболее выраженными компонентами: флешбэками, токсичным чувством вины, пренебрежением своих интересов и потребностей, внутренней критикой и социальной тревожностью. Ряд исследователей рассматривают в качестве симптоматики КПТСР трудности в регуляции аффективных импульсов; вялость, медлительность обработки информации, трудности с вниманием и концентрацией; диссоциативные эпизоды и деперсонализацию; проблемы самовосприятия, хроническое чувство вины, сопровождающиеся чувством интенсивного стыда; отмечаются сложности в доверии и близости, стойкие изменения в система смыслов. Приведенные автором данные литературы могут быть полезны для практической психотерапевтической работы с больными и пострадавшими в состоянии КПТСР.

Следует отметить, что в статье имеются и другие сведения, которые имеют прямое отношение к пониманию возможностей оказания психотерапевтической помощи лицам с КПТСР. Отмечается, что «терапевтический подход в работе с КПТСР должен учитывать различия между двумя проявлениями расстройства и учитывать особую сложность, его характеризующую». Все это не вызывает возражений, поскольку в таком подходе заложен принцип дифференциально-психологической диагностики.

Как отмечает сам автор, «...в результате обзора было выявлено несколько научно доказанных эффективных методов психотерапии КПТСР, такие как когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме, EMDR-терапия, а также в качестве достаточно эффективных телесно-ориентированная (сенсомоторная терапия) и арт-

терапия». То есть, можно констатировать, что автор сумел сделать правильное умозаключение на основе обзора литературных данных по теме своего исследования. Но только обзора данных литературы недостаточно для научной публикации. Хотя, структурируя текст, автор сделал попытку представить некоторые его разделы соответствующим образом. Например, имеются рубрики, содержание которых не соответствует названию (например, результаты).

Выводы отсутствуют.

Библиографический список содержит зарубежные источники по тематике исследования. Следует обратить внимание на наличие орфографических ошибок (пропуски запятых), которые осложняют понимание смысла некоторых фраз.

Несмотря на то, что данный текст оставляет положительное впечатление и имеет отношение к практике оказания психотерапевтической помощи больным и пострадавшим с признаками КПТСР, его уровень соответствует только обзору литературных данных. Этого недостаточно для того, чтобы рекомендовать данную статью к опубликованию в научном журнале.

### **Результаты процедуры повторного рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Рецензия на статью «Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство: современные подходы к определению понятия, этиологии, диагностика и психотерапия»

Предмет исследования – причины, диагностика и психотерапия комплексного посттравматического стрессового расстройства (далее по тексту – КПТСР).

Название статьи и предмет исследования отражены в цели - обобщить и систематизировать работы зарубежных исследователей, направленные на выяснение причин возникновения комплексного посттравматического расстройства, а также его диагностика и психотерапия.

Методология исследования построена на традиционных методах психологического исследования, которые отвечают цели обобщения и систематизации наработанных исследований по относительно новой тематике.

Автором применены метод обобщения литературных данных, ретроспективный анализ.

В качестве основного метода применен метод сравнительного анализа литературных источников с последующим синтезом выявленной информации.

Например, автор весьма логично и стройно описывает наработанные в психологической науке исследования по теме посттравматического стрессового расстройства (далее – ПТСР), оперируя исследованиями зарубежных авторов. В обзоре представлены работы Пита Уокера, Шварца, а также Питера Левина, Пэта Огдена и других авторов.

Методологическую базу исследования составила группа научно-теоретических методов, которые раскрывают описание психологических состояний студентов и преподавателей.

Эмпирическая часть построена на сравнительном анализе подходов к изучению причин ПТСР. Как таковое исследование на испытуемых не проводилось. Математические методы исследования в работе не применены, что вполне объяснимо обзорным характером работы.

В целом представленная методология исследования соответствует.

Актуальность представленной статьи не вызывает сомнения. Изучение КПТСР является

очень важной задачей психологической науки, учитывая увеличение числа стрессовых факторов, воздействующих на современного человека. Важно, что автор рассматривает актуальность данной темы с двух точек зрения. Во-первых, в связи с фактом появления в МКБ нового заболевания – КПТСР, а во-вторых, в связи с комплексным подходом к заявленной проблеме. Важно рассматривать психологический феномен с разных сторон – причины, диагностика и психотерапия.

Научная новизна прослеживается в том, что представлено первое аналитическое исследование сравнительного характера в отношении малоисследованного феномена КПТСР и разности подходов к нему в зарубежных исследованиях.

Стиль, структура, содержание

Статья имеет традиционную структуру – вводная, основная и заключительная части.

Во вводной части автор проводит обоснование выбранной темы, описывает цель и методы исследования.

Основная часть работы посвящена обобщению зарубежных исследований по заявленной тематике.

Ссылаясь на ведущих ученых, автор раскрывает концепции, объясняющие причины возникновения КПТСР, наработанные методики диагностики КПТСР, а также подходы к реализации психотерапии данного заболевания.

Выводы по результатам исследования очень скромные, но в целом они отражают суть работы.

Стиль изложения материала соответствует требованиям научности, вполне доступен для восприятия. Работа выглядела бы более системной и логичной. Если бы автор представил часть сравнительного материала в виде таблиц, графиков. Но данное замечание не умаляет ценности представленного исследования.

Библиография

Насчитывает 30 источников, все на английском языке. Подобная подборка литературных источников вполне объяснима целью исследования, в котором требовалось провести обобщение и систематизацию зарубежных исследований. Источники датированы разными периодами, в том числе есть самые свежие данные – за 2018-21г.г. Список литературы оформлен в соответствии с требованиями ГОСТа.

Апелляция к оппонентам – статья может быть рекомендована к публикации, в ней представлен авторский подход и интересные результаты сравнительного исследования, выполненного на самых новых исследовательских данных.

Выводы, интерес читательской аудитории – статья вызовет интерес широкой читательской аудитории. Она может быть полезна психологам, психодиагностам, психотерапевтам, преподавателям психологии.