

УДК 159.97

**КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ**

Мардасова Татьяна Александровна

*Алтайский государственный университет,
кандидат психологических наук, доцент, Россия, Барнаул,
E-mail: tmardasova@mail.ru*

Аннотация: в статье рассмотрена возможность когнитивно-бихевиорального консультирования пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, проанализирована модель эдукативного вмешательства.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дисфункциональные мысли, психологическое самосовершенствование.

**COGNITIVE BEHAVIOURAL COUNSELLING FOR THE TREATMENT OF
POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER**

Mardasova Tatyana Aleksandrovna

*Altai State University,
Candidate of Science (Psychology), Senior Lecturer,
Russia, Barnaul,
E-mail: tmardasova@mail.ru*

Abstract: The article examines the opportunities of cognitive behavioral counseling for patients with post-traumatic stress disorder. The model of educational intervention is under analyses.

Keywords: post-traumatic stress disorder, dysfunctional thoughts, psychological self-improvement.

Переживание чувства незащитности и отсутствия сил в широко распространенных ситуациях, совместно с чувством страха и парализующего ужаса – при несчастном случае, автомобильной катастрофе, известии о неизлечимой болезни, смерти близкого человека, признания статуса инвалидности и прочем оказывает давление на психические ресурсы человека и впоследствии может вызвать посттравматический стресс [8].

С точки зрения международной классификации болезней МКБ-10 посттравматическое стрессовое расстройство – это затяжная отсроченная реакция на стресс. Ведущими признаками заболевания посттравматическим стрессовым расстройством являются – регулярная повторяемость переживания

тревожных ситуаций, возвращение к пережитым эмоциям, возможно выпадение из памяти случившегося события, которое привело к психическому расстройству, отстраненность, эмоциональное оцепенение, склонность к избеганию тем, событий и людей, которые способны напомнить о травмирующем событии [6]. А также наблюдение высокого показателя тревожности после получения психологической травмы, которая проявляется дольше одного месяца. Симптомы посттравматического стрессового расстройства могут беспокоить клиента до нескольких лет.

Для посттравматического стрессового расстройства характерно чувство отстранённости от окружающих, незаинтересованность в происходящих актуальных событиях. Эмоции клиенты проявляют без желания, часто эмоциональные реакции однотипные, скудные. Субъект понимает, что травмирующее его событие уже в прошлом, но, тем не менее, не может остановить постоянных переживаний и сил для нормального восприятия социума остается все меньше и меньше. Навязчивость прошлого и навязчивость будущего – два стрессовых фактора, которые отягощают жизнь клиенту [9]. Навязчивости прошлого, как правило, мучают в форме переживаний травмы, воспоминаний о ней и ночных кошмаров, а навязчивости будущего – в виде неконтролируемых «предвидений» возможных повторов травмирующей ситуации. Утяжеляет состояние наличие депрессивного фактора, повышенная тревожность, склонности к алкоголю и наркомании.

Распространенность травматических ситуаций и реакций, фиксированных на стресс, может приводить к нарушению адаптации человека в социуме. При диагностике посттравматического стрессового расстройства наблюдаются фиксированные формы поведения, специфичные установки, когнитивные схемы [9].

Согласно мнения когнитивных психологов (А. Бек, Дж. Бек, А.Г. Маклаков, Р. МакМаллин, Дж. Янг и др.) установлено, что в процессе когнитивно-бихевиоральной терапии достаточно трудно поддаются трансформации когнитивные схемы, скрепленные с часто реализуемой зафиксированной формой поведения. Когнитивные схемы выступают некоторой картой, которые определяют качество и направление жизнестойкости человека при различных условиях. Схема понимается как когнитивная структура для фильтрования и оценки стимулов, которые воздействуют на организм [1, 4, 7, 11 и др.]. Основываясь на определенных схемах, индивид способен ориентироваться в жизненном пространстве и разграничивать свои переживания.

Зачастую клиенты, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, не обращаются за квалифицированной помощью специалиста клинического психолога, потому что боятся остаться непонятыми и по многим другим надуманным причинам. Тем не менее, ухудшающие адаптацию клиента симптомы тревоги поддаются коррекционным воздействиям и в совокупности с лекарственными препаратами дают положительный результат.

С точки зрения современной клинической психологии значимыми выступают разработки структурированного сочетания когнитивно-бихевиоральных техник при практической клинико-психологической работе с пациентами при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Осуществление психологической коррекции и психопрофилактики при посттравматическом стрессовом расстройстве, основанном на когнитивно-бихевиоральном подходе – это психологическое самосовершенствование, психологическая эдукация и формирование адаптивных способностей клиента в трудной жизненной ситуации. Адаптивность клиента совершенствуется путем

моделирования адекватных мыслей, применения самоинструкций и развития поведенческих навыков [2, 3, 5, 10, 12 и др.].

В проводимой интервенции с клиентом при посттравматическом стрессовом расстройстве, возникшем после перенесенной автомобильной катастрофы, выделено три этапа – во-первых, сбор анамнестических данных, при помощи направленной беседы – диагностический этап. Собиралась информация о клиенте – личностные особенности, имеющаяся симптоматика. На этом этапе проводилось тестирование, необходимое для получения достоверных данных о клиенте, для последующего составления индивидуального плана работы. На основе полученной информации, был составлен план индивидуальной психологической работы, представленный последующими двумя этапами – психоэдукация и психокоррекция. Второй этап – психоэдукативный (психоинформирование), направленный на психообразование – информирование клиента об имеющихся у конкретной личности психологических особенностях, связанных с появлением аффективной симптоматики. На данном этапе происходит разъяснение имеющихся когнитивных искажений, иллюстрирование их роли для эмоций и поведения клиента. Также объясняется модель когнитивно-бихевиорального подхода – АВС, в русле которой и проходит последующая психокоррекционная работа применительно для конкретного случая. Третий этап – психокоррекция, направленная на проработку имеющихся дисфункциональных установок личности. Для работы с когнитивными искажениями используются следующие когнитивные техники: метод сократического диалога, метод поиска «за» и «против» мысли; поведенческие техники: проведение поведенческого эксперимента, составление «копинг – карточек».

Вначале, преимущественно, работа фокусируется именно на психообразовании клиента, необходимого для понимания имеющихся у него

психологических особенностей, их связи с симптомами тревоги и депрессии. Хотя и в последующей работе периодическое возвращение к психоэдукации клиента логично и целесообразно. Для перехода к коррекции мыслей и поведения, важно, чтобы человек усвоил схему ABC, предложенную А. Эллисом, ведь непрочно усвоенное знание не окажет положительного, длительного эффекта. Клиенту было представлено обоснование и разъяснение предпринимаемого вмешательства. Для клиента разъясняются важные обязанности, такие как ведение дневника, выполнение домашних заданий и т.п.

Совместно были сформулированы основные цели работы: повышение управляемости, подконтрольности навязчивых мыслей, корректировка дисфункциональных когнитивных искажений, а также выработка совладающего поведения и проработка адаптивных стратегий поведения, с их последующим применением *in vivo*.

Обучение формуле ABC происходит путем объяснения, что эмоциональные и поведенческие реакции вызваны чем-то извне. Записывали формулу:

A – C, где A – активизирующее событие, ситуация, стимул — все, что обуславливает процесс реагирования в целом, а C – обозначает либо эмоции, либо поведение – последствия. Затем с обоснованиями раскрывалась новая теория о том, что чувства возникают из-за наших мыслей о событиях, а не из-за событий самих по себе. Получается следующее: A – B – C, где появляется новый компонент – B, обозначающий представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно A. По большому счету, B обозначает то, как наш мозг обрабатывает сырую информацию об A и превращает ее в модели, схемы, рассказы и истории.

Для иллюстрации того, как мысли предшествуют продуцированию эмоций, был применен метод «Создайте эмоцию прямо сейчас». Клиента попросили закрыть глаза и мысленно представить, как он находится на празднике, где собрались дорогие ему люди. Как он окунается в праздничную атмосферу: обнимается с близкими людьми, слышит звуки музыки и ароматные запахи угощений. Клиента спрашивают о том, что он чувствует. Он отвечает, что ему радостно, весело. Так проходит объяснение того, что, чтобы почувствовать себя счастливым, ровно, как и несчастным, человек, может, не преобразуя ничего в своем окружении (задаем вопрос: «Вы ведь сейчас находитесь здесь, а не в той ситуации?»), а только меня свой образ мыслей. Далее мы прорабатывали эту формулу на различных примерах для ее усвоения.

Дополнительно, клиентом были заполнены опросники депрессии и тревожности А. Бека, что показало высокие показатели депрессии и тревожности.

В качестве домашнего задания были даны ситуации, в которых было нужно выделить 3 компонента – А (ситуации), В (мысли) и С (эмоции, физиологические реакции и поведение).

Затем следовал психообразовательный компонент – рассматривалась избирательность человеческого внимания. Разъяснялось то, как головной мозг определяет, что люди должны видеть, а что — нет, какой выбрать звук из всей массы звуков, какой идентифицировать запах, какой из вкусов игнорировать и какое физическое ощущение их встревожит. Если мозг решил не признавать некоторую поступающую от рецепторов информацию, то она прекращает для них свое существование. Что именно из внешнего мира будет оказывать на людей влияние, обусловлено тем, чему их мозг приказывает уделять внимание. Объяснение важности того, что человек сам участвует в выборе того, чему он уделяет внимание. Это было направлено на объяснение негативного

селектирования информации. Клиентка сама говорит о том, что постоянно концентрируется на своих страхах (навязчивых мыслях, страхе допустить ошибку) и сейчас понимает это. Было осуществлено обсуждение того, может ли человек сам фокусировать свое внимание определенным образом, может ли переключать свой фокус, насколько важно собственное участие клиентки в этом. Клиент приходит к выводу, что, сам выбирает фокусировку на тревоге, возможных ошибках и предшествующих мыслях. Далее мы обсуждали, может ли он попробовать не думать, либо отвлекаться от своих навязчивых мыслей. Клиент говорит, что попробует и это идет на домашнее задание. Дальнейшая работа была направлена на выделение ситуаций для последующей работы, но, у него возникли затруднения, и это также стало одним из пунктов домашнего задания.

В завершении была получена обратная связь. Клиентка проявила заинтересованность, в усвоении материала. Домашнее задание: - обдумывание ситуаций для последующей работы.

По результатам проведенного тестирования и данных, полученных из направленных бесед, клиенту предоставлена информация об имеющихся у него когнитивных искажениях, таких как:

- дихотомическое мышление (полярное разделение правильных и неправильных форм поведения «хорошо - плохо» применительно к себе, систем отношений «мне нужно все делать качественно»);
- долженствований («я должен быть добрым и отзывчивым во всех ситуациях», «должен все делать качественно»);
- завышенные требования и притязания к собственной личности.

Для работы с данными искажениями был проведен разбор конкретных ситуаций из жизни клиента. Проясняем, выбираем наиболее актуальные ситуации и определяем эмоции, связанные с ними. Нами была разобрана

ситуация, в которой клиент не проявляет своих истинных чувств, из-за присутствия долженствования «Я всегда должен быть приветлив и добр к людям». Его поведение в ситуации конфликта с соседями неассертивно, клиент, молча, сносит оскорбления, так как «Я должен всегда быть приветлив и доброжелателен с людьми, реагировать в таких случаях недопустимо, это плохо». Во второй ситуации срабатывает убеждение такого плана «Идеальный отец – может совершить невозможное и вылечить своего ребенка».

Наиболее значима для клиента вторая ситуация, которую следует представить подробно. Дочь пациента страдает эпилепсией, периодически у нее случаются приступы. Клиент в силу имеющихся убеждений относительно его поведения в данном случае – «Идеальный отец – может совершить невозможное и вылечить своего ребенка» уверен в собственной ничтожности – «Я ничем не могу помочь своей дочери – я не могу ее вылечить», что приводит его к избеганию оставаться с дочерью во время приступов, поскольку «нахлыывают» переживания автомобильной катастрофы, в которой было пережито бессилие перед задыхающейся дочерью.

Предлагается сделать копинг-карточку. Берем лист бумаги, с одной стороны пишем иррациональную мысль клиента – «Я умру». А с другой стороны, в ходе продолжительного обсуждения и выбора из нескольких вариантов, пишем адаптивную, помогающую клиенту мысль – «У меня нет объективных причин сейчас беспокоиться о смерти, это только тревожит меня». Позже мы оцениваем, насколько подходят такие варианты ответов для клиента, может ли он попытаться их применять в своей жизни. После получения согласия, переходим к следующему.

По плану – обсуждение имеющихся у клиента стратегий поведения в стрессовой ситуации (по данным теста). Были выявлены дезадаптивные, препятствующие адаптации стратегии:

-мысленное застревание (что особенно характерно для пациента, склонность к застреванию на навязчивых мыслях);

- социальная изоляция (общение только с членами семьи и близкими родственниками, не работает, не поддерживает дружеских связей);

- обращение к лекарствам (постоянно обращается к противотревожным препаратам).

Но у клиента также имеются и положительные тактики, которые могут способствовать дальнейшей адаптации и нормальному функционированию:

- отвлечение от ситуации (концентрирование мыслей на отвлекающих темах);

- попытки умерить свои реакции (клиент говорит, что в состоянии тревоги сам пытается ее снизить, пытается сильно не погружаться в страхи).

Затем возвращаемся к страхам и обсуждаем поведение клиента во время, к примеру, страха смерти. Он рассказывает, что появившийся страх вызывает сильную тревогу и, если он находится на улице или в магазине, ему срочно нужно уйти домой и выпить успокаивающих лекарств. Спрашивается, как он оценивает эту линию поведения, какие дезадаптивные стратегии видит. Клиент критичен, он понимает, что такое поведение только мешает, и он готов рассмотреть другие возможные стратегии поведения в ситуации. Предлагается опираться на имеющиеся адаптивные копинги: в момент появления страха посмотреть на, уже сделанную нами, «копинг-карточку», а затем попытаться отвлечься от этой ситуации, сконцентрировав мысли на какой-либо приятной, либо требующей немедленного решения темы, которая никак не связана с навязчивыми мыслями. Клиент говорит, что чувствует облегчение (особенно это было заметно, когда была сделана копинг-карточка). Домашним заданием выступило использование карточки в момент возникновения мыслей и попытки

обращаться к новым линиям поведения – отвлекаться от тревоги, либо снижать ее уровень, при помощи понижения своих реакции.

Динамика, проводимой работы, положительная. На момент начала работы по шкалам депрессии и тревоги А. Бека были набраны баллы – депрессия 21, тревога 51 (очень высокий балл). На четвертой встрече было проведено повторное измерение: депрессия – 12, тревога – 14. Видно заметное снижение тревоги. Клиент отвечает, что чувствует себя значительно лучше, что замечается в его внешнем виде и проводимой работе.

В заключение, следует отметить, что прогноз на последующую адаптацию благоприятный, ввиду проделанной коррекционной работы. Реабилитационный прогноз относительно снижения уровня тревоги подтвердился. Наблюдается повышение подконтрольности навязчивых мыслей, проводилась работа с когнитивными искажениями. В дальнейшем клиент планирует использовать новые, помогающие стратегии поведения, способствующие адаптации и нормальному функционированию.

Обобщая опыт проделанной работы, сделаем вывод, что психокоррекция в каждом случае индивидуальна, осуществляется с учетом имеющихся у человека личностных особенностей, симптоматики, а также с учетом запроса клиента, формулируемого совместно с психологом.

Цель проведенной выше работы заключалась в снижении тревожно-депрессивной симптоматики, за счет проработки дисфункциональных когнитивных искажений, имеющих отношение к проявлениям посттравматического стрессового расстройства. Клиент получил опыт выявления и коррекции собственных дезадаптивных мыслей, с последующей заменой их на конструктивные. Также, он сделал несколько удачных попыток применить этот позитивный опыт в жизни (работа с копинг - карточками). Психологическая работа строилась на принципах когнитивно - бихевиорального

подхода и на результатах, полученных в ходе эмпирического исследования, что позволило оказать эффективную психологическую помощь в короткие сроки.

Список литературы:

1. Бек А. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
2. Залевский Г.В. Основы современной бихевиорально-когнитивной терапии и консультирования. Томск: Изд-во ТГУ, 2006. 150 с.
3. Когнитивная психология. / под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. – М.: Изд-во МГУ, 2002. 480 с.
4. Мардасова Т.А. Когнитивные схемы молодых женщин в контексте психической ригидности (на примере ситуаций обращения за медицинской помощью) / Человек в трудной жизненной ситуации: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Барнаул, 28 ноября 2014 г.). Барнаул: Изд-во Алт.ун-та, 2015. С. 176-182.
5. Мардасова Т.А., Шпанова А.Б. Когнитивные и поведенческие техники психологической работы // NovaInfo.Ru (Электронный журнал). 2015. № 34. Режим доступа: <http://novainfo.ru/archive/34/kognitivnye-i-povedencheskie-tekhniki-psikhologicheskoy-raboty>
6. Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Н.В. Тарабриной. СПб.: Питер, 2001. С. 146-181.
7. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Самоконцентрация внимания при социофобии // Клиническая персонология в медицинской и социальной практике: тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции. – (Томск, 31 мая 2010 г.) / Под ред. В.Я. Сёмке. Томск: Изд-во "Иван Федоров", 2010. С.139-142.

8. Соколова Е.Т. Психотерапия: теория и практика. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 368с.
9. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 2. С. 14-29.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. Москва: Когито-Центр, 2000. С. 224-268.
11. Холмогорова А.Б. Работа с убеждениями: основные принципы // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 87-109.
12. Эллис А. Эволюция рационально-эмотивной терапии и когнитивно-бихевиоральной терапии: В 4-х т. / Ред. Зейг Дж.К. М.: Эксмо – Пресс, 1998. Т. 2. С. 141 – 240.

References:

1. Bek A. Kognitivnaja terapija depressii. SPb.: Piter, 2003. 304 p.
2. Zalevskij G.V. Osnovy sovremennoj bihevioral'no-kognitivnoj terapii i konsul'tirovanija. Tomsk: Tomskij gosudarstvennyj universitet, 2006. 150 p.
3. Kognitivnaja psihologija. / pod red. V.N. Druzhinina, D.V. Ushakova. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo gosuniversiteta, 2002. 480 p.
4. Mardasova T.A. Kognitivnye shemy molodyh zhenshhin v kontekste psihicheskoj rigidnosti (na primere situacij obrashhenija za medicinskoj pomoshh'ju) / Chelovek v trudnoj zhiznenoj situacii [Tekst]: materialy Vserossijskoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem (Barnaul, 28 nojabrja 2014). Barnaul: Izd-vo Alt.un-ta, 2015. P. 176-182.
5. Mardasova T.A., Shpanova A.B. Kognitivnye i povedencheskie tehniki psihologicheskoj raboty // NovaInfo.Ru (Jelektronnyj zhurnal.) 2015. № 34;

<http://novainfo.ru/archive/34/kognitivnye-i-povedencheskie-tehniki-psikhologicheskoy-raboty>

6. Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. N.V. Tarabrinoj. SPb.: Piter, 2001. P. 146-181.

7. Sagalakova O.A., Truevcev D.V. Samokoncetracija vnimanija pri sociofobii // Klinicheskaja personologija v medicinskoj i social'noj praktike: tezisы dokladov mezhregional'noj nauchno-prakticheskoj konferencii. – (Tomsk, 31 maja 2010) / Pod red. V.Ja. Sjomke. Tomsk: Izd-vo "Ivan Fedorov", 2010. P.139-142.

8. Sokolova E.T. Psihoterapija: teorija i praktika. M.: Izdatel'skij centr «Akademija», 2002. 368 p.

9. Tarabrina N.V., Lazebnaja E.O. Sindrom posttравматических stressovyh narushenij: sovremennoe sostojanie i problemy // Psiho-logicheskij zhurnal. 1992. T. 13, № 2. P. 14-29.

10. Holmogorova A.B., Garanjan N.G. Kognitivno-bihivioral'naja psihoterapija // Osnovnye napravlenija sovremennoj psihoterapii. Moskva: Kogito-Centr, 2000. P. 224-268.

11. Holmogorova A.B. Rabota s ubezhdenijami: osnovnye principy // Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal. 2001. №4. P. 87-109.

12. Jellis A. Jevoljucija racional'no-jemotivnoj terapii i kognitivno-bihevioral'noj terapii: V 4-h t. / Red. Zejg Dzh.K. M.: Jeksmo – Press, 1998. T. 2. P. 141 – 240.