

Кобець О. В. доктор психологічних наук, професор,
Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини
<https://orcid.org/0000-0002-9096-6313>

ПСИХОТЕРАПІЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ЗАРУБІЖНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ: НА ШЛЯХУ ДО КАНІСТЕРАПІЇ

У статті викладено опис різних технік і прийомів психотерапевтичних інтервенцій, розглянуто принципи вибору тактики психотерапевтичного лікування. Зазначено особливості та описано основні методи психотерапії, що використовуються для лікування ПТСР. Наведено основні механізми терапевтичного ефекту. Розглянуто методологію та структуру терапевтичного процесу, принципи стадійності надання допомоги та подано опис різних етапів психотерапевтичного лікування з позицій перспективи використання каністерапії.

Ключові слова: психотерапевтичні інтервенції; психотерапевтичне лікування; психотерапія; ПТСР; терапевтичний ефект; терапевтичний процес; каністерапія.

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є клінічно складним станом, що характеризується високим рівнем коморбідної патології, труднощами профілактики та реабілітації, соціальною дезадаптацією осіб із ПТСР, суттєвим економічним та організаційним навантаженням на систему охорони здоров'я. Пацієнти з ПТСР мають підвищений ризик зловживання психоактивними речовинами (ПАР) і суїцидальної поведінки [21; 22]. Згідно з сучасними міжнародними настановами рекомендовано поєднане використання фармакотерапевтичних і психотерапевтичних підходів у лікуванні цієї патології [1; 19]. Це знаходить підтвердження в зростаючій кількості досліджень із високим рівнем доказовості, що вказують на ефективність комбінованої терапії [18]. Наявні дані свідчать про те, що психотерапевтичне лікування є безпечним і ефективним навіть за наявності супутніх захворювань, як чинників високого ризику хроніфікації ПТСР.

Велика частина популяції схильна до впливу травматичного досвіду, пов'язаного з високим ризиком розвитку ПТСР. Особи з даним розладом стикаються з широким спектром проблем, включно з труднощами на роботі, соціальною дезадаптацією та порушеннями фізичного здоров'я, що зумовлює практичну значущість і необхідність розробки протоколів ефективної терапії на основі принципів доказової науки. Наявні на цей момент рандомізовані

контрольовані дослідження (РКД) присвячені вивченню ефективності не тільки фармакологічного лікування, а й безлічі варіантів психотерапевтичних інтервенцій [14; 24]. Особливу увагу приділяють когнітивно-поведінковій психотерапії, сфокусованій на травмі (ТФ-КПТ) [8; 17].

Незважаючи на велику кількість зарубіжних наукових публікацій про проблеми розуміння та лікування ПТСР, у вітчизняній практиці досі немає чітких уявлень про ефективні підходи в психотерапії, механізми лікувального впливу, принципи та алгоритми надання допомоги. Відзначаються випадки застосування та рекомендацій до використання методів психотерапії, які не лише не мають доказової бази, а й навіть здатні чинити негативний вплив на стан пацієнтів із ПТСР.

Мета дослідження - визначити базові принципи та провідні методи психотерапії, що використовуються під час надання допомоги особам із ПТСР, сформулювати алгоритм психотерапевтичних інтервенцій і розкрити зміст включених до нього етапів. У рамках зазначеної мети дослідження виокремлено такі завдання: опис основних методів психотерапії ПТСР та аналіз даних їхньої ефективності, оцінка подальших шляхів розвитку психотерапевтичних підходів у лікуванні ПТСР.

Теоретичне підґрунтя. При описі принципів, методів психотерапії ПТСР та алгоритму психотерапевтичних інтервенцій

використовувалися дані зарубіжних досліджень. Вивчення посттравматичних розладів і розробка методів надання допомоги постраждалим особам проходили історично в кілька етапів. Початковий етап належить до періоду, що передує виокремленню ПТСР як самостійного діагнозу. Уперше характерні симптоми посттравматичного розладу було описано І.Хофером. На його думку, симптоми були викликані думками і бажанням солдатів повернутися додому. Мета лікування цих станів полягала в тому, щоб спонукати солдатів вистояти шляхом формування більш реалістичних уявлень щодо війни навколо них. Однак, на думку J.C. Da Costa, який опублікував результати дослідження американських солдатів у статті "Подразненого серця: клінічне дослідження функціонального порушення серцевої діяльності та його наслідків" (1871 р.), причина розвитку характерних симптомів (астенізації, задишки з відчуттям ядухи, посилення серцебиття, відчуття дискомфорту в грудях, запаморочення тощо) пов'язана з втомою від воєнних дій. Як метод лікування J.C. Da Costa надавав великого значення відпочинку солдатів.

Подальший розвиток принципів надання допомоги спостерігається в періоди наступних великомасштабних військових операцій, таких як Перша і Друга світові війни. Відпочинку, як і раніше, відводилася значна роль у лікуванні та профілактиці травматичних розладів, однак слід було дотримуватися таких умов під час надання допомоги: її близькість (надання допомоги пораненим поблизу лінії фронту і в межах шуму бойових дій), неповільність (лікувати без зволікань), наявність у потерпілого бажання якнайшвидшого повернення на передову після відпочинку і поповнення запасів. Ці положення були об'єднані під загальною назвою "лікування на випередження" (forward treatment). Впроваджувався принцип "відпочинку і релаксації" (rest and relaxation), і відбувалася частіша ротація військ.

Подальший етап розвитку методів лікування пов'язаний із 1970 рр., коли з'явилося поняття в'єтнамського або поств'єтнамського синдрому, після чого термін ПТСР було вперше представлено в

DSM-III. У цей самий період почали активно розроблятися методи та принципи когнітивно-поведінкової психотерапії А.Елліса та А.Бека, серед яких значну роль посіли методи експозиції [8]. Далі в 1990 рр. А.Mannarino, J.Cohen, E.Deblinger уперше було описано положення когнітивно-поведінкової психотерапії, сфокусованої на травмі (ТФ-КПТ) [6]. Також були запропоновані методи когнітивної реструктуризації (P.Resick), використання наративу травми та діалектичної поведінкової терапії (M.Linehan) [13].

Методи дослідження - аналіз, порівняння, систематизація.

Результати та обговорення. Сучасні дослідження спрямовані на створення версій ТФ-КПТ, адаптованих з врахуванням різних культуральних особливостей [7]. Розроблено методи з опорою на дані когнітивної нейробіології, такі як ДПДГ-терапія, проводять упровадження діджиталізації, розпочинається використання штучного інтелекту та каністерапії як перспективних напрямів.

Психотерапія, як і будь-який метод лікування, має перелік протипоказань. До них належать: неготовність до розкриття суб'єктивних переживань і страх, пов'язаний із ними; превалювання механізму заперечення над іншими психологічними захистами; відсутність мотивації до досягнення змін під час лікування, наявність вторинної вигоди від симптоматики, що вимагає корекції; низький рівень міжособистісної сенситивності; порушення сеттінгу та неможливість регулярно відвідувати сеанси психотерапії; труднощі активної вербалізації переживань і слухання; характерологічні особливості, які не дають змоги конструктивно працювати в індивідуалізації; несприйняття психотерапії.

Різні методи психотерапії мають не тільки теоретичні, а й методичні, алгоритмічні відмінності в тактиці та застосовуваних інтервенціях. Незважаючи на наявні концептуальні особливості, техніки та прийоми, що використовуються, мають спільні риси та єдиний алгоритм.

Виділяють кілька етапів у психотерапевтичній роботі з пацієнтами з ПТСР. Перший етап - стабілізація і підвищення психологічної стійкості. Одразу

після пережитої травматичної події постраждалим пропонуються заходи щодо стабілізації психологічного стану. На ранніх етапах розвитку принципів і методів надання допомоги активно застосовували стрес-дебрифінг. Спочатку цей метод розробив у 1983 р. американський фахівець J. Mitchell як короткострокову інтервенцію для працівників аварійно-рятувальних служб, які беруть участь в усуненні наслідків критичних інцидентів. Метою дебрифінгу була допомога постраждалим у вираженні емоцій і нормалізації реакцій на травматичну подію. На сучасному етапі відсутні доказові дані щодо ефективності застосування стрес-дебрифінгу, підкреслюється небезпека цього методу та підвищення ризику розвитку в постраждалих ПТСР [25]. На сьогодні цей етап включає: ізоляцію постраждалих від впливу психотравмального фактора, гарантування безпеки та формування терапевтичного альянсу; надання інформаційно-психологічної підтримки, знайомство з основними проявами ПТСР, можливими майбутніми тригерами та потенційними факторами, які запускають каскад психофізіологічних реакцій.

Другий етап - опрацювання травми. Його основним змістом є опрацювання внутрішніх дезадаптивних переконань і психосоціальних наслідків психологічної травматизації (почуттів сорому і провини того, хто вижив, негативних уявлень про світ і про себе як провокатора насильства), визначення і прийняття наявних когнітивних викривлень, обговорення їхнього впливу на емоційний стан і поведінку. Важливим видається оцінка адекватності психічних репрезентацій травматичного досвіду і ступеня їхнього дезадаптувального впливу на життя пацієнта. На цьому етапі проводять корекцію самоставлення; опрацювання травматичних спогадів, зниження їхньої афективної зарядженості та подальшу реструктуризацію із застосуванням персоналізованих варіантів експозиційних методів у поєднанні з прогресивно наростаючою конфронтацією із травматичним досвідом та постійним оцінюванням інтервенції за шкалою "ефективність/безпека"; стимулювання перероблення травми за допомогою методики ДПДГ (Десенсибілізація та

перероблення рухом очей/ Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), за Ф. Шапіро) [20].

Третій етап - інтеграція та посттравматичне особистісне зростання. Метою етапу є медико-психологічна реабілітація осіб із ПТСР із застосуванням підтримуючої індивідуальної або групової психотерапії, реінтеграція в соціум із залученням сім'ї постраждалого та/або близького оточення. Досягнення поставлених цілей здійснюється завдяки соціальній адаптації, зниженню вираженості внутрішньої стигми, поверненню до звичного способу життя, профілактиці рецидивів, навчання навичкам упоралося зі стресом і проблемно-вирішальної поведінки.

Для лікування осіб із ПТСР існує кілька основних методів психотерапії. Ключовою ознакою їхньої диференціації є ступінь орієнтованості на опрацювання травматичного досвіду. Найчастіше використовують когнітивно-поведінкову психотерапію, сфокусовану на травмі (ТФ-КПТ). Також активно застосовують її окремі підходи, що відрізняються ступенем переважання експозиційних і власне когнітивних технік. Наприклад: когнітивна психотерапія, спрямована на корекцію оцінних суджень і сприйняття травматичного досвіду; когнітивно-процесуальна психотерапія, що дає змогу замінити дезадаптивні когнітивні схеми на більш адаптивні; КПТ із пролонгованою експозицією, орієнтована на збільшення здатності переносити неприємні відчуття, пов'язані зі спогадами про травму; нарративна експозиційна терапія, яка дозволяє інтегрувати травматичні спогади в біографічну лінію пацієнта.

Оцінювання ефективності та порівняння методів психотерапії здійснювали під час РКД, їх представлено в результатах метааналітичних досліджень [8; 15; 24]. У кокрейнівському огляді J. Bisson зі співавт. було проаналізовано дані 70 РКД із сумарною вибіркою учасників 4761 пацієнта з діагностованим ПТСР [3]. Метою аналізованих досліджень було вивчення і визначення порівняльної ефективності психотерапевтичних методів. Згідно з результатами цього огляду, індивідуальна ТФ-КПТ- і ДПДГ-терапія виявилися

ефективнішими, ніж когнітивно-поведінкова психотерапія, не сфокусована на травмі (стандартизовані середні величини (SMD) - 1,62; 95% довірчий інтервал (ДІ) від -2,03 до -1,21; 28 досліджень; $n=1256$ і SMD -1,17; 95% ДІ - від 2,04 до -0,30; 6 досліджень; $n=183$ відповідно; $p \leq 0,001$).

В епоху активного вивчення нейробіологічних корелятив психічних розладів накопичується дедалі більше досліджень, завданням яких виступає оцінка ефективності психотерапевтичних інтервенцій з використанням методів нейровізуалізації [9]. Підсумовуючи наявні дані, можна зробити висновок про те, що редукція симптомів, зумовлена застосуванням методів експозиції і ТФ-КПТ, пов'язана зі зміною активності ділянок головного мозку, що беруть участь в обробці та регуляції емоцій. Спостерігалися підвищена гемодинамічна активність дорсальної префронтальної кори, виражене гальмування лівої мигдалини та вентромедіальна префронтальна/вентральна стріарна активація [9].

Далі наводиться опис найефективніших форм психотерапії ПТСР (ТФ-КПТ, КПТ із пролонгованою експозицією, нарративна експозиційна терапія, ДБТ, ДПДГ). Когнітивно-поведінкова психотерапія, сфокусована на травмі (ТФ-КПТ) [11]. Процес проведення ТФ-КПТ характеризується етапністю, здійснюваною з метою поступової інтенсифікації надаваного терапевтичного впливу. Виділяють три основні фази: фаза стабілізації, фаза переробки (2-6 зустрічей), фаза інтеграції та консолідації (2-8 зустрічей). Варто зазначити, що етапність надання допомоги особам із ПТСР із застосуванням ТФ-КПТ має схожу структуру і зміст із загальним алгоритмом психотерапевтичних інтервенцій.

Загальна кількість терапевтичних зустрічей може варіюватися в діапазоні 15-18, рівномірно розділених між 3 етапами. Перший етап. Стабілізація (4-13 зустрічей). Важливою складовою цього етапу є психоосвіта. Під час проведення психоосвітніх заходів психотерапевт з урахуванням індивідуально-психологічних і соціо-культуральних особливостей пацієнта надає інформацію про загальні характеристики психотравмувальної ситуації,

ознайомлює з особливостями психологічних реакцій і можливими наслідками. Фахівець допомагає постраждалим навчитися виявляти потенційні стимули, здатні викликати спогади про травматичний досвід та ініціювати каскад психологічних, нейробіологічних і соматовегетативних реакцій, подібних до тих, що виникли під час безпосереднього зіткнення з травматичним досвідом. У рамках цього етапу здійснюється навчання осіб із ПТСР навичкам упоратися із симптомами, що виникають: розвиваються навички релаксації та афективної регуляції. Релаксація може включати в себе методи контрольованого дихання (йога, медитація), прогресивну м'язову релаксацію і візуалізацію. Основним завданням релаксаційних вправ є зниження рівня надмірної напруги та збудження, а також вираженості соматовегетативних проявів. Здійснюється нормалізація нейроендокринної регуляції завдяки зниженню гіперактивності систем реагування на стрес: мигдалеподібного тіла, пов'язаних із ним ділянок лімбічної системи головного мозку та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі [26]. Психотерапевт допомагає особам із ПТСР виражати свої почуття та керувати негативними емоціями у межах навчання способів афективної регуляції. Вони можуть містити навички проблемно-вирішальної поведінки, пошук соціальної підтримки, зосередження уваги на сьогоднішні, методи управління гнівом і техніки позитивного відволікання уваги (використання гумору, допомога іншим, оцінка в перспективі, читання, прогулянки).

Другий етап. Переробка (2-6 зустрічей). З метою переробки травматичної події одним із методів ТФ-КПТ може виступати експозиція (exposure). У межах проведення експозиції терапевт допомагає особам із ПТСР протистояти своїм спогадам про травми та конкретним ситуаціям, людям чи об'єктам, які почали асоціюватися з травмувальним стресором і викликати те, що тепер є інтенсивною емоційною або фізичною реакцією.

Нарративна експозиція (imaginal exposure, narrative exposure, narrative exposure) має на меті створити структуровану, послідовну історію життя пацієнта, ланцюг подій, у який поєднано і минулі позитивні спогади, і

травматичний досвід, і уявлення про майбутнє, в якому існують позитивні плани, реальні життєві орієнтири, конкретні завдання. Вкрай важливо проявляти емпатію і щире зацікавлення, вчасно робити паузи, перемикаючи акцент уваги на менш неприємні переживання. Спільно з фахівцем пацієнт поступово відновлює хронологію своєї біографічної особистої історії, інтегруючи в неї травматичну подію, думки, переживання, відчуття, пов'язані з травмою. Ключовим завданням цього психотерапевтичного методу вважається гармонійне об'єднання минулого досвіду, де були ситуації травматизації, сприйняття сьогодення з наявними хворобливими спогадами та уявленнями про майбутнє, в якому травматичний досвід сприймається як одна з численних ланок особистої біографії.

Експозиція *in vivo* є обережним зіткненням у теперішньому часі із ситуаціями, яких уникає особа з ПТСР, з огляду на їхній безпосередній або асоціативний зв'язок із психотравмою, що сприяє збільшенню вираженості емоційного дистресу та соматовегетативних реакцій (наприклад, повторне керування автомобілем після потрапляння в аварію; зіткнення з випадковим перехожим у нічний час після нападу тощо). Повторний вплив допомагає людині усвідомити, що ситуація, якої вона боялася, більше не є небезпечною, і що пов'язана з нею тривога буде зменшуватися.

Нині спостерігається інтенсивний розвиток сфери інформаційних технологій, що супроводжується діджиталізацією (цифровізацією) навколишнього середовища. Це сприяє вдосконаленню психотерапевтичних інтервенцій щодо осіб із ПТСР, зокрема активне застосування VR-технологій (*virtual reality technology*, технології віртуальної реальності (ВР) [11; 23]. Застосування технологій ВР активно здійснюється у межах експозиції (*virtual reality exposure therapy*). ВР дозволяє у тривимірному вимірі відтворювати широкий спектр необхідних для експозиції ситуацій. Найбільш розробленими на сьогоднішній день є програми, створені для імітацій умов бойового стресу, які використовуються як для лікування ПТСР у комбатантів, так і для його профілактики перед відправленням новобранців у зону активних бойових дій.

Ефективність методів експозиції із застосуванням технологій ВР відображена в різних метааналітичних дослідженнях останніх років: S.Нео с співавт. (2022), I.van Loenen с співавт. [11; 23]. Незважаючи на високу оцінку ефективності експозиційних методів із використанням ВР-технологій, Park M.J. с співавт. зазначають низку труднощів, що перешкоджають їхньому широкому застосуванню як реального інструменту в психіатричній практиці, як-от реакції вестибулярного апарату (запаморочення, відчуття заколисування тощо), сухість очей, а також високий ризик обважнення перебігу адиктивного розладу в осіб із різними формами нехімічних залежностей (зокрема, лудоманії) [16].

У межах експозиції з метою перероблення психічних репрезентацій досвіду та пов'язаних із ним переконань використовують методи когнітивної психотерапії. Основне завдання цього виду терапії - модифікація песимістичних і катастрофічних оцінок і спогадів, пов'язаних із психотравмою, з метою подолання поведінкових і когнітивних патернів, що підтримують уникнення і перешкоджають нормальному повсякденному функціонуванню [2]. Основний терапевтичний механізм представлений когнітивною реструктуризацією (*cognitive restructuring* (CR), у межах якої здійснюється фокусування на виявленні та зміні дезадаптивних думок, переконань та інтерпретацій травматичного досвіду, які призводять пацієнта до переоцінки справжніх подій [8]. Реструктуризація здійснюється із застосуванням сократівського діалогу, імовірнісних міркувань і мислення, заснованого на фактах. На сеансах психотерапії за допомогою різних когнітивних технік (техніка "За і проти", техніка "Заповнення порожнечі", реатрибуція тощо) пацієнт приходить до більш адаптивних висновків.

На основі поєднання варіантів експозиції та технік когнітивно-поведінкової терапії (рескриптинг, реструктуризація тощо) виокремлюють такі варіанти когнітивно-поведінкової психотерапії, сфокусованої на травмі (ТФ-КПТ) [8; 17].

КПТ із пролонгованою експозицією (4-10 зустрічей), у межах якої здійснюється

зниження вираженості симптоматики ПТСР, зміна переконань і когнітивних схем, пов'язаних із психотравмувальним фактором (наприклад, уявлення про власне безсилля та вроджену ваду), шляхом зміни (рескриптингу) деталізованих спогадів, образів травматичної події, які візуалізує пацієнт у процесі пролонгованої експозиції, і які візуалізує в процесі пролонгованої експозиції; при цьому пацієнт має змогу уявити, що контролює ситуацію та здатний діяти згідно з власною думкою про травму, а не про її наслідки [8, 17].

Наративна експозиційна терапія (4-10 зустрічей): у межах цього методу здійснюється виявлення і зміна дезадаптивних думок, переконань та інтерпретацій травматичного досвіду з метою переоцінки пацієнтом теперішніх подій, чого досягають за допомогою складання письмового переказу (нарративу) психотравмувальних ситуацій/подій із дотриманням часової послідовності та етапності впливу стресових чинників. Метод активно використовується для допомоги біженцям, його основним завданням є складання послідовного життєвого нарративу, в контекст якого вписується травматичний досвід.

Перший етап. Інтеграція та консолідація (2-8 зустрічей). Здійснюється медико-психологічна реабілітація пацієнтів із ПТСР із застосуванням підтримуючої (супортивної) психотерапії. Завданням психотерапевта є створення безпечного середовища для пацієнтів, що досягається шляхом психолого-профілактичних заходів у їхній сім'ї (психоосвіта), спільним виробленням плану із соціальної інтеграції, визначення кроків і тактики поведінки щодо подолання кризових ситуацій, пов'язаних із безпекою та високим ризиком фізичного насильства. Активно застосовується підтримуюча групова терапія з метою досягнення інтерперсонального комфорту, який орієнтує членів групи на подолання травми та поліпшення соціальної адаптації.

У випадках тривалої або множинної травматизації для формування альтернативної оцінки травматичного досвіду застосовують індивідуальну діалектичну біхевіоральну терапію (ДБТ). ДБТ була розроблена М.Лінехан з метою

лікування пацієнтів, які страждають на прикордонний розлад особистості (ПРЛ). Основна мета терапії представлена формуванням альтернативної оцінки травматичного досвіду, який часто пацієнтами однозначно сприймається як нестерпний і безвихідний. Поведінковий модуль спрямований на вироблення оптимальних патернів поведінки та зниження ризику суїцидальної поведінки. У процесі діалектичної біхевіоральної терапії ПТСР застосовують техніки "усвідомленості" (mindfulness), проводять навчання навичок переносимості дистресу та емоційної саморегуляції, підвищують міжособистісну ефективність і ступінь самоприйняття. ДБТ має найбільшу кількість емпіричних даних, а результати численних клінічних досліджень підтверджують доведену ефективність щодо зниження кількості суїцидальних спроб порівняно зі звичайним лікуванням у пацієнтів із ПТСР.

Десенсибілізація і переробка рухом очей (ДПДГ). Являє собою метод конфронтації з травматичним досвідом за допомогою застосування спрямованої білатеральної (двосторонньої) стимуляції (почергові рухи очей, звукові подразники, дотики до тильної поверхні долоні пацієнта) і одночасного імагінативного представлення травматичної події [20]. ДПДГ - метод індивідуальної психотерапії тривалістю 6-12 зустрічей, які можуть проводитися послідовно щодня. В основі методу лежить уявлення про те, що емоційна травма може спричинити порушення функціонування системи переробки інформації, тим самим сприяючи формуванню інтрузійних симптомів ПТСР. Сучасні теорії припускають, що механізм терапевтичного впливу ДПДГ полягає в паралельній активації робочої пам'яті: під час повторної активації травмувального переживання робоча пам'ять задіюється одночасно. Таким чином, пацієнти відволікаються від повного повторного переживання й інтенсивність пережитих емоцій знижується. Подразники, які використовують під час білатеральної стимуляції, сприяють активізації вибіркового добору сенсорної інформації, що надходить, і переробці травматичного досвіду. Сукупні дані метааналітичних досліджень вказують на більшу ефективність ДПДГ у редукції

інтрузивної симптоматики порівняно з ТФ-КПТ, проте відмічено менший вплив цього виду терапії на симптоми, пов'язані зі збудженням та емоційною дисрегуляцією [4; 12; 13].

Незважаючи на визнання в психоаналітичній теорії важливої ролі впливу травматичного досвіду на особистість, поки що в літературі немає жодних систематичних даних про ефективність психодинамічних методів психотерапії щодо ПТСР. З клінічного досвіду відомий ризик обтяження симптоматики при використанні психотерапевтичних підходів, заснованих на методах конфронтації. Варто зазначити, що більшість публікацій про використання динамічних методів за цієї патології представлені переважно описом клінічних випадків, теоретичними оглядами концепцій і дослідженнями з низьким рівнем систематизації. Можливість структурованих досліджень ефективності психодинамічної психотерапії для пацієнтів із ПТСР, заснованих на принципах доказової науки, залишається обмеженою з огляду на складність і кардинальну відмінність процесу психодинамічного лікування від структури наукового експерименту.

Висновки. У цій статті було представлено основні принципи та методи психотерапії пацієнтів із ПТСР з оцінкою їхньої ефективності. Одним із найефективніших методів психотерапії визнається ТФ-КПТ. Це підкріплюється результатами численних метааналітичних досліджень, РКД, що є підставою для включення методу до клінічних рекомендацій. Також свою ефективність продемонстрували методи експозиційної терапії, ДПДГ. Перспективним видається подальше вивчення ДБТ. Висока поширеність осіб із ПТСР, соціальні та організаційні труднощі під час надання допомоги зумовлюють створення нових і вдосконалення вже наявних методів терапії в рамках персоналізованого підходу. Сучасні дослідження показують високу ефективність психотерапії ПТСР. Одним із таких ефективних методів слід розглядати каністерапію. Результати нечисленних нейровізуалізаційних досліджень демонструють значний вплив психотерапії на активність специфічних ділянок головного мозку. Актуальним є подальше впровадження методів нейровізуалізації з метою пошуку нейробіологічних корелятив ефективності використовуваних інтервенцій.

Список використаних джерел

1. Bandelow B., Allgulander C., Baldwin D.S., et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders — Version 3. Part II: OCD and PTSD. *World J Biol Psychiatry*. 2022. P. 1-17. DOI:10.1080/15622975.2022.2086296
2. Bisson J.I., van Gelderen M., Roberts N.P., Lewis C. Non-pharmacological and non-psychological approaches to the treatment of PTSD: results of a systematic review and meta-analyses. *Eur J Psychotraumatol*. 2020. Vol. 11. №1. P. 1795361. DOI: 10.1080/20008198.2020.1795361
3. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. Vol. 12. P. CD003388. DOI:10.1002/14651858.CD003388.pub4
4. Chen L., Zhang G., Hu M., Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis*. 2015. Vol. 203 № 6. P. 443-451. DOI:10.1097/NMD.0000000000000306
5. Chiba T., Kanazawa T., Koizumi A., Ide K., Taschereau-Dumouchel V., Boku S., Hishimoto A., Shirakawa M., Sora I., Lau H., Yoneda H., Kawato M. Current Status of Neurofeedback for Post-traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and the Possibility of Decoded Neurofeedback. *Front Hum Neurosci*. 2019. Vol. 17. № 12. P. 233. DOI:10.3389/fnhum.2019.00233
6. Cohen J.A., Deblinger E., Mannarino A.P. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychother Res*. 2018. Vol. 28. № 1. P. 47-57. DOI:10.1080/10503307.2016.1208375
7. Ennis N., Shorer S., Shoval-Zuckerman Y., Freedman S., Monson C.M., Dekel R. Treating posttraumatic stress disorder across cultures: A systematic review of cultural adaptations of trauma-focused cognitive behavioral therapies. *J Clin Psychol*. 2020. Vol. 76. №4. P. 587-611. DOI:10.1002/jclp.22909

8. Foa E.B., Hembree E., Rothbaum B., Rauch S. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, 2019. Oxford University Press, 2019. 146 p. DOI:10.1093/med-psych/9780190926939.001.0001
9. Fonzo G.A., Goodkind M.S., Oathes D.J. Selective Effects of Psychotherapy on Frontopolar Cortical Function in PTSD. *Am J Psychiatry*. 2017. Vol. 174. № 12. P. 1175-1184. DOI:10.1176/appi.ajp.2017.16091073
10. Godfrey K., Albright D. Cognitive Processing Therapy. *Social Work*. 2021. №1. P. 12—24. DOI:10.1093/obo/9780195389678-0297
11. Heo S., Park J.H. Effects of Virtual Reality-Based Graded Exposure Therapy on PTSD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. № 23. P. 15911. DOI:10.3390/ijerph192315911
12. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahari G. Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19. № 24. P. 16836. DOI:10.3390/ijerph192416836
13. Lely J.C.G., Smid G.E., Jongedijk R.A., Knipscheer J., Kleber R.J. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019. Vol. 10. №1. P. 1550344. DOI:10.1080/20008198.2018.1550344
14. Lewis C., Roberts N.P., Andrew M., Starling E., Bisson J.I. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020. Vol. 11. № 1. P. 1729633. DOI:10.1080/20008198.2020.1729633
15. Mavranzouli I., Megnin-Viggars O., Daly C. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2020. Vol. 50. №4. P. 542-555. DOI:10.1017/S0033291720000070
16. Park M.J., Kim D.J., Lee U., Na E.J., Jeon H.J. A Literature Overview of Virtual Reality (VR) in Treatment of Psychiatric Disorders: Recent Advances and Limitations. *Front Psychiatry*. 2019. Vol. 10. P. 505. DOI:10.3389/fpsy.2019.00505
17. Resick P., Wachen J., Dondanville K., Pruiksma K., Yarvis J., Peterson A., YoungMcCaughan S. Effect of group vs individual cognitive processing therapy in active-duty military seeking treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74. № 1. P. 28-36. DOI:10.1037//0022-006x.70.4.867
18. Roberts N.P., Kitchiner N.J., Kenardy J., Lewis C.E., Bisson J.I. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019. Vol. 10. №1. P. 169548. DOI:10.1080/20008198.2019.1695486
19. Schäfer I., Gast U., Hofmann A. S3 Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft) [Электронный ресурс]. Berlin: Springer, 2019. 118 p. URL: https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/b7d6e351610631daac5ef08f6cde9fb3c4dd3600/155-0011_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2019-12.pdf (дата обращения: 10.02.2023).
20. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J. Traum. Stress*. 1989. Vol. 2. P. 199-223. DOI:10.1002/jts.2490020207
21. Stanley I.H. Advancements in the understanding of PTSD and suicide risk: Introduction to a special section. *Psychol Trauma*. 2021. Vol. 13. № 7. P. 723-724. DOI:10.1037/tra0001121
22. Valiente-Gómez A., Moreno-Alcázar A., Treen D., et al. EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front Psychol*. 2017. Vol. 8. P. 16-68. DOI:10.3389/fpsyg.2017.01668
23. van Loenen I., Scholten W., Muntingh A., Smit J., Batelaan N. The Effectiveness of Virtual Reality Exposure-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Anxiety Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder, and posttraumatic stress disorder: Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022. Vol. 24 №2. P. e26736. DOI:10.2196/26736
24. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M.J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2013. Vol. 74. №6. P. 541-550. DOI:10.4088/JCP.12r08225
25. Zang Y., Hunt N., Cox T. A randomised controlled pilot study: The effectiveness of narrative exposure therapy with adult survivors of the Sichuan earthquake. *BMC Psychiatry*. 2013. Vol. 13. № 1. P. 10-22. DOI:10.1186/1471-244X-13-41
26. Zotev V., Phillips R., Misaki M., Wong C.K., Wurfel B.E., Krueger F., et al. Real-time fMRI neurofeedback training of the amygdala activity with simultaneous EEG in veterans with combat-related PTSD. *Neuroimage Clin*. 2018. Vol. 19. P. 106. DOI:10.1016/j.nicl.2018.04.010

Summary

Kobets O. Doctor of psychological sciences, Full Professor,
Uman State Pedagogical University named after Pavlo Tychyna

**PSYCHOTHERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN FOREIGN STUDIES:
ON THE WAY TO CANISTERAPY**

Introduction. Despite the large number of foreign scientific publications on the problems of understanding and treatment of PTSD, in domestic practice there are still no clear ideas about effective approaches in psychotherapy, mechanisms of therapeutic effects, principles and algorithms of assistance. There are cases of application and recommendations for the use of psychotherapy methods that not only have no evidence base, but can even have a negative impact on the condition of patients with PTSD.

Purpose is analysis of existing scientific publications on the use of psychotherapy in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and identification of basic principles and leading methods of psychotherapy used in providing assistance to persons with PTSD, formulation of algorithms of psychotherapeutic interventions and the content of the stages included in it.

Methods - analysis, comparison, systematisation.

Originality. There are several main methods of psychotherapy for the treatment of persons with PTSD. A key differentiator is the degree of focus on processing the traumatic experience. Trauma-focused cognitive-behavioural psychotherapy (TF-CBT) is most commonly used. Its separate approaches, which differ in the degree of predominance of expositional and cognitive techniques themselves, are also actively used. For example: cognitive psychotherapy, aimed at correcting evaluative judgements and perception of traumatic experiences; cognitive-process psychotherapy, which allows replacing maladaptive cognitive schemas with more adaptive ones; prolonged exposure CPT, aimed at increasing the ability to tolerate unpleasant feelings associated with memories of trauma; narrative exposure therapy, which provides an opportunity to integrate traumatic memories into the patient's biographical lineage.

Conclusion. The article describes various techniques and methods of psychotherapeutic interventions, and considers the principles of choosing the tactics of psychotherapeutic treatment. The peculiarities are noted and the main methods of psychotherapy used for the treatment of PTSD are described. The main mechanisms of the therapeutic effect are given. The methodology and structure of the therapeutic process, the principles of stages of assistance and the description of various stages of psychotherapeutic treatment from the perspective of using canister therapy are considered. Each of the psychotherapy methods discussed in this paper has a strong evidence base and is trauma-focused, requiring direct addressing of memories of the traumatic event or thoughts and feelings related to the traumatic event.

Keywords: psychotherapeutic interventions; psychotherapeutic treatment; psychotherapy; psychotherapy; PTSD; therapeutic effect; therapeutic process; canister therapy.

Дата надходження рукопису/Date of receipt of the manuscript: 16.12.23.

Дата прийняття рукопису/Date of acceptance of the manuscript: 14.01.24.

© 2024. This work is under an open license [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).