Письмова Експозиційна Терапія (ПЕТ):

Короткий підхід до лікування для спеціалістів психічного здоров’я

Деніс Словн і Браян Маркс

2019

info@wet.org.ua

Зміст

Вступ
Огляд ПЕТ
Як користуватися цією книгою
Розділ 1. Огляд ПТСР та травма-фокусованих втручань
Діагностичні критерії ПТСР
Доказова психотерапія ПТСР та критично важливі компоненти лікування
Як ПЕТ може подолати звичні перешкоди в лікуванні ПТСР
Розділ 2. Розробка та ефективність
Результати письмової експозиційної терапії
Початкове дослідження ефективності
Порівняльне дослідження ефективності ПЕТ і КПТ
Майбутні напрямки
Розділ 3. Діагностика ПТСР перед початком ПЕТ
Оцінка перед початком лікування
Використання даних оцінки для визначення того, чи підходить ПЕТ вашому клієнту
Підсумки
Розділ 4. Проведення ПЕТ та особливі міркування
Структура терапії
Сесія 1
Сесія 2
Сесія 3
Сесія 4
Сесія 5
Розділ 5. Часті запитання про проведення ПЕТ
Розділ 6. Ілюстративні випадки
Випадок 1: Анамнез кількох травматичних подій
Випадок 2: Індексна травма, не розкрита до пізнішого часу в лікуванні
Випадок 3: Фізичні обмеження, які заважають писати
Випадок 4: Прояви дисоціації
Випадок 5: Резистентність до травмафокусованого лікування

Вступ

Щороку мільйони людей зазнають травми вдома, на роботі або в зонах бойових дій і страждають від цього. Незважаючи на ефективність методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), таких як пролонгована експозиція, когнітивно-процесуальна терапія (КПТ) та EMDR (десенсибілізація і повторна обробка рухами очей), багато людей не мають до них доступу. Це може бути через відсутність спеціалістів у їхній місцевості, фінансові труднощі, неможливість взяти відпустку з роботи чи звільнити час від інших зобов’язань, або через високі витрати на 10–15 одногодинних терапевтичних сесій. Клініцисти також стикаються з бар'єрами, які ускладнюють ефективне використання цих методів лікування. Наприклад, для освоєння пролонгованої експозиції, КПТ чи EMDR, потрібне серйозне і детальне навчання, що включає кількаденні семінарів і подальшу супервізію, поки спеціаліст не продемонструє свою компетентність. Навіть отримавши потрібну підготовку та сертифікацію, клініцисти часто не можуть застосовувати ці методи через інші клінічні вимоги та обмежені кадрові ресурси. Ці бар'єри підкреслюють необхідність альтернативних методів лікування ПТСР, які були б простішими в освоєнні та доступнішими. Іншими словами, існує потреба у методах лікування ПТСР, які були б більш доступними як для спеціалістів, так і для їх клієнтів.

Письмова експозиційна терапія (ПЕТ) — це короткий курс лікування, що складається з 5-ти сесій, розроблений для задоволення потреб у доступних методах лікування. ПЕТ є економічно вигіднішою і вимагає меншої клінічної підготовки порівняно з іншими втручаннями, а також доведена її ефективність у лікуванні різних типів травм. Ми вважаємо, що ПЕТ є одним із найбільш перспективних нових методів лікування ПТСР. У відповідь на численні запити клініцистів, які бажають використовувати цю терапію зі своїми клієнтами, ми написали цю книгу як вичерпний посібник з лікування ПТСР для спеціалістів у сфері психічного здоров’я.

Огляд ПЕТ

Перша сесія ПЕТ триває близько 1 години, а наступні чотири сесії — по 40 хвилин кожна. Головна особливість ПЕТ — письмові наративи травми, які клієнти записують під час кожної сесії. Перша сесія довша, оскільки клініцист пояснює, що таке посттравматичний стресовий розлад, як він розвивається і чому повторне написання про травматичний досвід є корисним.

Клієнти детально описують конкретну травматичну подію, включаючи емоції та думки, що виникли під час цього досвіду. Інструкції для написання забезпечують послідовність у лікуванні. Спочатку клієнти пишуть детальний звіт про травму, а з часом переходять до опису її впливу на їхнє життя. Кожна сесія включає 30 хвилин написання та 10 хвилин обговорення досвіду написання з терапевтом (без обговорення самої травматичної події). Домашні завдання між сесіями не передбачені. Коротка тривалість лікування та відсутність завдань між сесіями роблять ПЕТ ефективним і зручним для клієнтів та легким у впровадженні для спеціалістів у сфері психічного здоров'я.

Як описано у Розділі 2, ми провели дослідження з різними групами дорослих, які пережили травми (такі як сексуальне чи фізичне насильство, насильство в дитинстві, бойові дії). Результати цих досліджень показали, що ПЕТ є ефективним методом лікування ПТСР. Хоча терапія зосереджена на одній конкретній події, люди, які пережили численні або хронічні травми (наприклад, жорстоке поводження в дитинстві або військові дії), також можуть успішно вилікуватись за допомогою ПЕТ. Однак ПЕТ не тестувалась на особах віком до 18 років, тому її рекомендується використовувати лише для дорослих.

На основі доказів, що підтверджують ефективність ПЕТ, цей метод був рекомендований як перша лінія лікування у клінічних практичних рекомендаціях з ПТСР, розроблених Департаментом у справах ветеранів і Департаментом оборони (Робоча група з лікування посттравматичного стресового розладу, 2017 р.). У всіх клінічних випробуваннях ПЕТ проводили спеціалісти з магістерською або докторською освітою в клінічній психології, які мали досвід застосування інших травмафокусованих методів. Тому ми вважаємо, що ця книга буде найкориснішою для спеціалістів, які вже мають досвід роботи з травмафокусованими терапіями.

Як користуватися цією книгою

Ми усвідомлюємо, що цю книгу можуть використовувати спеціалісти у сфері психічного здоров'я з різною освітою та підготовкою. Відповідно, на початку книги ми подаємо огляд діагнозу ПТСР і короткий посібник з його діагностики.

У 1-му Розділі ми описуємо сучасні теорії, що лежать в основі доказових методів психотерапії ПТСР, порівнюємо їхні подібності та пояснюємо, як ці теорії застосовуються до ПЕТ. У 2-му Розділі ми описуємо наше дослідження, яке допомогло визначити необхідні та достатні компоненти лікування ПТСР і призвело до розробки протоколу ПЕТ. Ця інформація покликана допомогти читачам зрозуміти, чому важливо дотримуватись певних аспектів лікування. Також у цьому розділі ми наводимо результати попередніх досліджень, що підтверджують ефективність ПЕТ у лікуванні ПТСР.

Розділ 3 зосереджений на діагностиці ПТСР і визначенні, чи підходить ПЕТ як лікування. У цьому розділі ми надаємо практичні поради щодо оцінки симптомів ПТСР і інших психічних проблем. Крім цього, ми також обговорюємо, як використовувати ПЕТ у випадках, коли клієнт має симптоми ПТСР, але не відповідає всім діагностичним критеріям. Ми пояснюємо, як проводити оцінку протягом лікування, щоб перевірити, чи ПЕТ зменшує симптоми, і як використовувати оцінку наприкінці терапії, щоб визначити, чи потрібне додаткове лікування.

Розділ 4 містить вичерпний опис протоколу ПЕТ і того, як його слід надавати. Він містить інструкції для проведення кожної сесії, які слід прочитати клієнту дослівно. Ці інструкції також представлені в додатку в кінці книги, щоб клініцисти могли робити копії інструкцій і роздавати їх клієнтам під час сесій. У 4 розділі ми обговорюємо, як клініцистам слід вирішувати різноманітні проблеми, які можуть виникнути під час лікування. Крім того, ми надаємо приклади того, як клініцисти мають підходити до процесу перевірки наприкінці письмових сесій.

Розділ 4 містить детальний опис протоколу ПЕТ та інструкції для проведення кожної сесії. Інструкції слід читати клієнту дослівно. Вони також подані в додатку наприкінці книги, що дозволяє спеціалістам робити копії та роздавати їх клієнтам під час сесій. У цьому розділі також обговорюються проблеми, які можуть виникнути під час лікування, та надаються рекомендації щодо їх вирішення. Крім того, тут наведені приклади підходів до перевірки наприкінці письмових сесій.

Розділ 5 відповідає на поширені запитання спеціалістів щодо використання та проведення ПЕТ. Останній, 6 розділ книги, містить приклади, які демонструють різні принципи та потенційні результати протоколу ПЕТ. Ці приклади стосуються деяких найпоширеніших запитань, які ми отримуємо від спеціалістів щодо того, як керувати конкретними клієнтськими сценаріями (наприклад, що робити з клієнтами, які пережили численні травми, клієнтами, які дисоціюють, і клієнтами, які дуже неохоче конфронтують свої травматичні спогади).

Хоча ця книга розроблена як посібник з ПЕТ для спеціалістів у сфері психічного здоров'я, вона також може бути корисною для випускників психології та соціальної роботи, які хочуть дізнатися більше про лікування травм. Однак, книга не призначена для самодопомоги особам, що пережили травму, і не є ресурсом для парапрофесіоналів, таких як консультанти Груп Рівних, оскільки дослідження не підтвердили ефективність ПЕТ у руках не спеціалістів. Згідно з другим розділом Етичних принципів для психологів і Кодексом поведінки (Американська психологічна асоціація, 2017), лише ліцензовані спеціалісти у сфері психічного здоров'я з відповідним досвідом і підготовкою можуть використовувати ПЕТ.

Ми сподіваємося, що ця книга та описані в ній інструменти будуть корисними для читачів у їхній клінічній роботі з людьми, що пережили травму. Ми також сподіваємося, що ця книга збільшить поширеність та доступ пацієнтів до ефективного лікування посттравматичного стресового розладу, яке, сподіваємося, допоможе багатьом людям, що пережили травму, які потребують лікування, але можуть мати труднощі з його отриманням.

Ми сподіваємося, що ця книга та її інструменти будуть корисні у клінічній практиці з людьми, які пережили травму. Також ми сподіваємося, що вона сприятиме розширенню доступу до ефективного лікування ПТСР, і допомагаючи тим, хто потребує підтримки, але має труднощі з її отриманням.

Розділ 1. Огляд ПТСР та травма-фокусованих втручань

Хоча більшість людей переживає принаймні одну травматичну подію протягом свого життя (Goldstein et al., 2016), лише у деяких із них розвивається посттравматичний стресовий розлад (PTSD; Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler et al., 2005). Деякі люди мають підвищений ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Наприклад, повторне переживання травматичних подій збільшує цей ризик (Kessler et al., 2005), а жінки мають вдвічі більше шансів на діагностування ПТСР протягом життя порівняно з чоловіками (Seedat et al., 2009). Приблизно у чверті військовослужбовців, які потрапляють у зону бойових дій, розвивається ПТСР (Fulton et al., 2015).

Хоча посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається у відносно невеликої частини людей, він має тенденцію бути хронічним і асоціюється з виснажливими фізичними захворюваннями, такими як серцево-судинні захворювання, діабет II типу та шлунково-кишкові розлади (Schnurr & Green, 2004). ПТСР також пов’язаний із прискореним старінням і передчасною смертю (Wolf & Schnurr, 2016). Через ці фізичні проблеми люди з ПТСР частіше відвідують лікарів (Spottswood, Davydow, & Huang, 2017).

Окрім цього, у людей з ПТСР частіше діагностуються розлади настрою, тривожні розлади та розлади, пов’язані з вживанням психоактивних речовин (Goldstein et al., 2016; Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2011). Ці розлади часто є вторинними по відношенню до ПТСР. Розлади особистості, такі як межовий розлад особистості, також часто є коморбідними з ПТСР (Pagura et al., 2010). Суїцидальний ризик значно підвищений серед осіб з ПТСР (Pietrzak et al., 2011; Wisco et al., 2014), і ці люди у 6 разів більше схильні до самогубства порівняно з людьми з іншими психічними розладами (Bachynski et al., 2012).

Хронічний і виснажливий характер ПТСР суттєво впливає на соціальне, освітнє та професійне функціонування людей. Часто вони втрачають роботу через повторне переживання симптомів, проблеми зі сном та труднощі з концентрацією, що ускладнює виконання повсякденних обов'язків. Фінансові труднощі, які виникають внаслідок втрати роботи, додають стресу і можуть призвести до серйозних проблем, таких як бездомність.

Цей розлад також негативно позначається на соціальних зв’язках, що може спричинити соціальну ізоляцію. Проблеми в сім'ї та втрата важливих стосунків також є поширеними наслідками ПТСР.

Діагностичні критерії ПТСР

У п’ятому виданні «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013) посттравматичний стресовий розлад включено

до окремої діагностичної категорії «Розлади, пов'язані з травмою та стресом». Діагностичні критерії ПТСР включають кілька компонентів:

- Критерій A, критерій стресора, за яким особа прямо чи опосередковано стикається із смертю чи її загрозою, зазнає серйозних травм або сексуального насильства;
- Критерій B, який характеризується інтрузивними симптомами, такими як повторювані небажані спогади, кошмари, флешбеки, а також фізіологічні реакції та психологічний дистрес при зіткненні з нагадуваннями про травму;
- Критерій C, що характеризується уникненням стимулів (включаючи людей, місця, думки), які асоціюються з травматичною подією та нагадують людині про неї;
- Критерій D, який характеризується негативними змінами в когнітивних процесах і настрої, такими як стійкі та перебільшені негативні переконання про себе, інших або світ; спотворені уявлення про причину або наслідки травматичної події; стійкий негативний емоційний стан; втрата інтересу або зупинка участі у раніше значущих активностях; відчуття відстороненості або відчуженості від інших; і
- Критерій E, що характеризується помітними змінами збудження та реактивності, такими як дратівливість або злість, порушення концентрації, труднощі зі сном, перебільшена реакція переляку та підвищена пильність (Американська психіатрична асоціація, 2013).

Щоб отримати діагноз ПТСР, особа має пережити подію, яка відповідає визначенню стресора за критерієм A, і мати принаймні один симптом за критерієм B, принаймні один симптом за критерієм C, принаймні два симптоми за критерієм D та принаймні два симптоми за Критерієм E. Симптоми мають бути присутніми протягом 1 місяця або довше, повинні спричиняти клінічно значущий дистрес чи порушення, і не повинні бути наслідком прийому ліків, вживання психоактивних речовин чи іншого захворювання.

Нещодавно до 11-го видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11; Всесвітня організація охорони здоров'я, 2018) було включено окремий та інший набір діагностичних критеріїв. Подібно до DSM-5, посттравматичний стресовий розлад за МКХ-11 можна діагностувати лише після впливу надзвичайно загрозливої або жахливої події чи серії подій. Однак, на відміну від DSM-5, критерії посттравматичного стресового розладу в МКХ-11 включають лише такі критерії:

- повторне переживання симптомів у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, флешбеків або кошмарів, які зазвичай супроводжуються сильними та непереборними емоціями, такими як страх чи жах, і сильними фізичними відчуттями, або відчуттям пригніченості чи занурення в ті самі інтенсивні емоції, які були пережиті під час травматичної події;
- уникнення думок і спогадів про подію або події або уникнення дій, ситуацій або людей, які нагадують подію або події; і

- постійне відчуття підвищеної поточної загрози, на що вказує підвищена настороженість або посилена реакція переляку на подразники, такі як несподівані звуки.

Подібно до DSM-5, симптоми повинні зберігатися принаймні кілька тижнів і викликати значне порушення функціонування.

На відміну від DSM-5, ICD-11 також включає діагноз комплексного посттравматичного стресового розладу, стану, який, як вважають, розвивається після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру/найчастіше тривалих або повторюваних подій, яких було важко або неможливо уникнути (наприклад, катування, рабство, кампанії геноциду, тривале домашнє насильство, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві). Розлад характеризується за МКХ-11 симптомами посттравматичного стресового розладу, а також серйозними та стійкими проблемами в регуляції афекту, пов'язаними з травматичною подією, і постійними труднощами у підтримці стосунків і здатності відчувати близькість з іншими. Розлад спричиняє значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних чи інших важливих сферах функціонування.

Незалежно від системи діагностичної класифікації, яка використовується, посттравматичний стресовий розлад є поширеним і виснажливим захворюванням. На щастя, ми досягли величезного прогресу в розробці ефективних методів психотерапії посттравматичного стресового розладу, де найвагоміші докази є для когнітивно-поведінкових, травма-фокусованих методів. У наступних частинах цього розділу ми коротко розглянемо ці методи лікування, опишемо їхні спільні риси та обговоримо, як ці особливості присутні в письмовій експозиційній терапії (ПЕТ).

Доказова психотерапія ПТСР та критично важливі компоненти лікування

Нещодавно було опубліковано дві клінічні практичні настанови щодо лікування пацієнтів із ПТСР. В обох настановах розглядаються останні емпіричні дослідження психотерапії посттравматичного стресового розладу і надаються відповідні рекомендації. Рекомендації 2017 року, опубліковані Американською психологічною асоціацією, наполегливо рекомендують використовувати такі методи психотерапії для дорослих з діагнозом ПТСР: когнітивно-поведінкова терапія (Bryant та ін., 2011), когнітивно-процесуальна терапія (CPT; Resick, Monson, & Chard, 2016), когнітивна терапія (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005) і пролонгована експозиція (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). Коротка еклектична психотерапія (Gersons, Carlier, Lamberts & van der Kolk, 2000; Lindauer et al., 2005), десенсибілізація та повторна обробка рухами очей (EMDR; Shapiro, 1989) і наративна експозиційна терапія (Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert & Neuner, 2011; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013) також рекомендуються, але менш наполегливо.

Нещодавно оновлені рекомендації з клінічної практики від Департаменту у справах ветеранів і Департаменту оборони (Робоча група з лікування посттравматичних стресових розладів, 2017) рекомендують індивідуальні мануалізовані травмафокусовані психотерапії, які містять основний компонент експозиції та/або когнітивної реструктуризації, що сприяють переробці травматичного досвіду. Рекомендовані травмафокусовані підходи включають пролонговану експозицію, когнітивно-процесуальну терапію, EMDR, специфічні когнітивно- поведінкові терапії ПТСР (Blanchard та ін., 2003; Bryant та ін., 2008; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Ehlers та ін. , 2014; Kubany та ін., 2004; Watson & Marks, 1971), коротку еклектичну психотерапію, наративну експозиційну терапію та письмову наративну експозицію. Письмова наративно-експозиційна терапія включає кілька протоколів лікування, включаючи ПЕТ.

Незважаючи на те, що між цими двома настановами є певні відмінності, зокрема щодо сили рекомендацій певних методів лікування, між ними є значні збіги. Багато з цих методів лікування поділяють два важливі компоненти, які вважаються відповідальними за успішне лікування симптомів ПТСР: терапевтичну експозицію і когнітивну обробку/когнітивну реструктуризацію (Lee, Taylor, & Drummond, 2006; McLean, Su, & Foa, 2015; Resick та ін., 2016; Sloan & Marx, 2017).

Терапевтична експозиція

Під час терапевтичної експозиції клієнти повторювано стикаються з внутрішніми (наприклад, спогади, відчуття) та/або зовнішніми (наприклад, контекст) нагадуваннями про травму, допоки вони більше не відчуватимуть клінічно значущого дистресу, пов’язаного з цими нагадуваннями. Протягом багатьох років переважаючим припущенням було те, що таке повторюване зіткнення з нагадуваннями про травму як під час терапевтичних сесій, так і між ними, призводить до згасання умовної реакції страху, пов’язаної з цими подразниками, на що вказувало зменшення дистресу при наступному зіткненні з цими подразниками, що, у свою чергу, було пов’язано із загальним покращенням і зменшенням симптомів ПТСР. Вважається, що стан клієнтів покращується, якщо дистрес, про який вони повідомляють, зменшується під час сесій експозиції та якщо вплив тих самих подразників викликає менший дистрес в наступні сесії порівняно з попередніми. Однак дані найновіших досліджень призвели до зміни припущень про те, як працює терапевтична експозиція. Зараз вважається, що терапевтична експозиція допомагає зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу через процес, відомий як гальмівне навчання (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Замість того, щоб звикнути до сигналів травми, під час гальмівного навчання людина вивчає нові відповіді на сигнали травми, які конкурують зі старими реакціями та запобігають їм. У контексті терапевтичної експозиції для тих, хто має посттравматичний стресовий розлад, замість того, щоб відчути зменшення страху, людина дізнається, що вона здатна впоратись із зіткненням із сигналами травми. Ця вивчена толерантність конкурує зі старими реакціями на сигнали травми (тобто, страхом і уникненням) і пригнічує їх, а згодом діє як «щеплення» від майбутнього рецидиву (тобто повторної появи клінічно значущих симптомів ПТСР; Bouton, 2004; Craske et al., 2014).).

Експозиція в уяві є основним компонентом ПЕТ, під час неї клієнтів просять повторювано зіткнутися зі своїми травматичними спогадами, писавши про деталі травматичної події, а також описуючи думки та почуття, які вони пережили під час події. Щоб переконатися, що повторювано конфронтуються травматичні спогади, клієнтам пропонують вибрати один спогад про травму як фокус своїх письмових сесій. У Розділі 4 ми описуємо, як працювати із клієнтами, які пережили численні травми (наприклад, жорстоке поводження в дитинстві, бойова травма). Як і в інших методах лікування, заснованих на експозиції, ми припускаємо, що конфронтація спогадів про травму за допомогою письма сприяє розвитку толерантності до страху.

Когнітивна терапія/реструктуризація

У когнітивній терапії ПТСР досліджуються когнітивні функції, емоції та сенси, пов'язані з даною травматичною подією. У клієнта часто виникають думки, почуття та сенси, які не відповідають способам, у які відбулася подія, або іншій фактичній інформації, що стосується події. Наприклад, клієнт може мати переконання, що він або вона міг би запобігти травмі, незважаючи на чітку інформацію про подію, яка свідчить про те, що клієнт міг зробити дуже мало, якщо взагалі хоч щось, щоб запобігти травмі. У когнітивній терапії терапевт ставить під сумнів ці невірні твердження та повертає погляди клієнта у відповідність до фактичної інформації.

Примітно, що є докази того, що когнітивні переконання, які суперечать фактичній інформації, виправляються шляхом повторного переказу досвіду травми без використання психотерапевтом когнітивної терапії (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang, & Nixon, 2003; Foa et al., 2005). Тобто, коли клієнти розповідають про травматичний спогад, вони починають згадувати конкретну, фактичну інформацію про подію, що призводить до виправлення їхніх попередніх переконань. Наприклад, клієнти можуть вважати, що вони могли зупинити подію або запобігти їй, таким чином вважаючи себе відповідальними за те, що сталось. Коли вони розповідають про травму, вони згадують конкретну інформацію про те, хто брав участь у події та як вона розгорталася. Цей переказ веде до кращого розуміння їхньої ролі в події. Отже, віра в те, що вони могли запобігти події і несуть 100% відповідальність за подію, що сталася, трансформується у більш збалансовану та реалістичну точку зору.

Вважається, що когнітивна реструктуризація є ключовим механізмом, що веде до успішного результату лікування, яке в першу чергу орієнтоване на когнітивні функції, наприклад КПТ. Проте зростає кількість даних, які вказують на те, що когнітивні функції, пов'язані з травмою, змінюються в результаті терапевтичної експозиції в уяві та можуть бути такими ж важливими, як і інгібіторне навчання, для досягнення успіху лікування (Aderka, Gillihan, McLean, & Foa, 2013; McLean, Su & Foa, 2015; McLean, Yeh, Rosenfield & Foa, 2015; Zalta та ін., 2014). Подібним чином, когнітивна реструктуризація, ймовірно, є критичним механізмом для позитивних результатів лікування за допомогою ПЕТ. Завдяки повторному переповіданню спогаду про травму клієнти починають виправляти свої когніції та уявлення, пов'язані з травмою (наприклад, «Це моя вина, що подія відбулася», змінюється на «Я

зробив усе можливе, щоб запобігти цій події. Інші люди відповідальні за цю подію"). Письмові сесії у ПЕТ починаються з вказівок клієнтам написати про деталі травматичної події, але на наступних сесіях клієнти навчаються досліджувати, як травматична подія вплинула на їх життя та значення яке вони їй надали. При цьому переконання клієнтів змінюються, стаючи більш правдивими та менш спотвореними.

Як ПЕТ може подолати звичні перешкоди в лікуванні ПТСР

Хоча настанови для клінічної практики рекомендують кілька методів лікування посттравматичного стресового розладу, ці методи лікування не є ефективними для кожного, хто їх отримує. Як правило, одна третина клієнтів все ще відповідає критеріям ПТСР після лікування (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005) і приблизно третина припиняє це лікування передчасно (Imel, Laska, Jakupcak, & Simpson, 2013). Фактори, пов’язані з клієнтом, терапевтом і контекстом, у якому проводиться лікування, можуть знизити ефективність цих методів лікування або взагалі перешкодити їм працювати. Однак ПЕТ може вирішити багато з цих питань.

Фактори, пов’язані з клієнтом

Уникнення травматичних нагадувань є основним симптомом посттравматичного стресового розладу, і, таким чином, природа розладу робить участь у багатьох найкращих методах лікування особливо важкою для тих, хто має цей розлад. Уникнення може мати кілька форм (вживання психоактивних речовин, інша адиктивна поведінка, відволікання, соціальна ізоляція), кожна з яких представляє свої унікальні проблеми в терапії. Незалежно від форми, спроби уникнути нагадувань про травму можуть призвести до передчасного виходу з лікування посттравматичного стресового розладу. Дослідження показують, що від 18% до 65% клієнтів передчасно випадають із КПТ і пролонгованої експозиції (залежно від умов лікування – рандомізоване контрольоване дослідження чи лікування в клініці; Garcia, Kelley, Rentz, & Lee, 2011; Hembree et al., 2003; Imel та ін., 2013; Kehle-Forbes, Meis, Spoont & Polusny, 2016).

Загальноприйнято вважати, що клієнти не з’являються на сеанси терапії та взагалі припиняють лікування, тому що контакт із пов’язаними з травмою матеріалами, викликає небажані почуття та думки, пов’язані з травмою. Це припущення підтверджується результатами досліджень, які вказують на те, що випадання зазвичай відбувається на початку курсу лікування (Gutner, Gallagher, Baker, Sloan, & Resick, 2016; Kehle-Forbes et al., 2016), коли клієнти готуються почати лікування, або щойно почали вправи з терапевтичної експозиції.

Як і в інших перерахованих травмафокусованих методах лікування, клієнти, які отримують ПЕТ, стикаються із нагадуваннями про свої травми. Тим не менш, у ПЕТ спостерігається

низький рівень передчасного залишення лікування (тобто менше 10%; Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018). Що пояснює таку разючу різницю у рівні передчасного залишення лікування між ПЕТ та іншими травмафокусованими методами? Читачі невдовзі побачать, коли ми розглянемо протокол ПЕТ у розділі 4, що для цього може бути декілька причин. По-перше, на відміну від інших травмафокусованих методів терапії, терапевтична експозиція відбувається в письмовій формі і не включає переповідання травматичного досвіду терапевту. Такий формат може дозволити клієнтам почуватися комфортніше та краще переносити експозицію. По-друге, на відміну від інших травмафокусованих методів терапії, де експозиція не починається протягом кількох сесій, доки не буде завершена початкова підготовча робота, ПЕТ починає експозицію з першої сесії. Клієнти, які проходять інші види терапії, можуть боятися, наскільки важкою може бути експозиція, і цей страх може призвести до того, що вони кинуть терапію ще до початку сеансів експозиції. Навпаки, проводячи експозицію під час першої сесії, клієнти дізнаються, що експозиція в уяві не така відразлива, як вони боялися, і що вони здатні терпіти цю експозицію. І дійсно, терапевт закінчує першу сесію зауваженням, що найважча сесія щойно закінчилася. По-третє, на відміну від інших травмафокусованих методів терапії між сесіями немає додаткових завдань. Інші травмафокусовані методи терапії, включають завдання між сеансами, такі як написання травматичного спогаду за відсутності терапевта, прослуховування запису сеансу, під час якого клієнт розповідав терапевту про травматичний досвід вголос, або зіткнення з ситуаціями, яких раніше уникали або боялися, пов'язаними з травмою. Комплаєнс щодо виконання цих міжсесійних завдань дуже різниться, і клієнти повідомляють про труднощі під час виконання або спроб виконання цих завдань. Відповідно, у клієнтів може розвинутися почуття сорому або провини через невиконані завдання. Невиконані завдання можуть бути показником уникнення сигналів травми. Сором або провина, пов’язані з невиконаними завданнями, можуть ще більше сприяти уникненню нагадувань про травму та призвести до пропуску сесій або навіть відмови від лікування. Патерн невиконання домашнього завдання з подальшою неявкою або скасуванням сесій терапії порушує прогрес лікування та, зрештою, пов’язується з гіршим результатом лікування (Gutner, Suvak, Sloan, & Resick, 2016). Оскільки в ПЕТ немає міжсесійних завдань, у клієнтів немає можливості відчувати сором або провину, пов’язані з цими завданнями. Таким чином, ці умови надалі сприяють постійному відвідуванню лікування та подальшому завершенню лікування через 5 тижнів (Sloan, Marx, & Lee, 2018).

Фактори, пов’язані з терапевтом

Фактори, пов’язані з терапевтом, також відіграють значну роль в ефективності лікування. Одним з важливих факторів є те, наскільки добре терапевти навчені використовувати певні методи лікування. Можливості вивчення доказових методів лікування можуть бути обмеженими. Наприклад, Відділ клінічної психології Американської психологічної асоціації (Відділ 12) перераховує лише чотири навчальні сайти для вивчення пролонгованої експозиції і лише два для вивчення когнітивно-процесуальної терапії. Слід зазначити, що багато з них є навчальними сайтами, де можуть навчатися клініцисти на початку кар’єри. Хоча для

професіоналів існують варіанти навчання (наприклад, семінари з подальшою консультацією), клініцистам часто доводиться шукати їх та нести фінансові витрати, пов'язані з навчанням цим протоколам самостійно. Фінансові витрати можуть бути значними, оскільки навчальні семінари зазвичай тривають від двох до трьох повних днів, після яких відбувається приблизно 20 консультаційних зустрічей, під час яких надається консультація щодо двох випадків. Окрім цих бар'єрів ,терапевти можуть не бажати вивчати доказові методи лікування, зокрема, лікування, базовані на експозиції, або використовувати їх у своїй практиці з різних причин. До них відносяться страх перед погіршенням симптомів, страх, що клієнт може дисоціювати під час сеансу, і занепокоєння щодо передчасного припинення лікування (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004).

Уточнимо, що для успішного проведення ПЕТ необхідне навчання, як і будь-якого іншого психосоціального лікування. Однак час і вартість навчання значно менші, ніж необхідні для інших методів лікування травми. Зокрема, семінари ПЕТ зазвичай тривають 6 годин і можуть проводитися за допомогою відеоконференцій, а не особисто. Для успішного проведення ПЕТ необхідна подальша консультація, але через коротку тривалість лікування потрібно менше дзвінків-консультацій (зазвичай не більше 10 консультацій).

Фактори, пов'язані з контекстом

Виникають також ширші проблеми системного рівня, зокрема щодо витрат. По-перше, належне навчання клініцистів лікуванню, заснованому на доказах, може бути дорогим (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010). Також може бути важко переконатися, що клініцисти дотримуються протоколів лікування або що вони продовжують використовувати ці методи лікування, особливо після того як пройшов певний час після завершення навчання (Becker та ін., 2004; Herschell та ін., 2010). ПЕТ може бути особливо привабливим варіантом для систем охорони здоров'я, враховуючи скорочення часу, необхідного для навчання надавачів послуг. Витрати на навчання також менші. Крім того, системи охорони здоров'я, швидше за все, вважатимуть зменшену кількість сесій у ПЕТ привабливою, оскільки більшу кількість клієнтів можна пролікувати за коротший проміжок часу. Прихильність до стандарту лікування ПЕТ загалом висока, враховуючи, що більшість сеансів лікування проводяться за прописаним сценарієм.

Фактори, пов'язані з впровадженням у практику

Визнаючи збільшену потребу в послугах з лікування посттравматичного стресового розладу, як результату конфліктів після подій 11 вересня, Департамент у справах ветеранів і Департамент оборони виділили значні ресурси для поширення КПТ і пролонгованої експозиції відповідним закладам у сфері психічного здоров'я (Eftekhari et al., 2013). Ця широкомасштабна спроба розповсюдження була великим проектом, що тривав багато років. Спеціалісти, які були зацікавлені в навчанні з цих методів лікування, повинні були відвідати інтенсивні семінари (наприклад, 2 дні) з наступною супервізією принаймні двох випадків (пролікованих до кінця) з використанням спеціального мануалізованого протоколу протягом одного року після відвідування семінару. Однак, оскільки передчасна відмова від лікування

може бути високою серед клієнтів, які отримують пролонговану експозицію та КПТ, період супервізії часто триває багато місяців (Kehle-Forbes та ін., 2016). Після виконання цих критеріїв спеціалісти отримували сертифікати. Багато спеціалістів пройшли сертифікацію за обома методами лікування, тоді як деякі спеціалісти отримали сертифікат лише в одному методі.

Після кількох років розповсюдження цих методів лікування було проведено низку досліджень, які вивчали застосування цих методів лікування в закладах охорони здоров'я у справах ветеранів і Департаменту оборони. Результати цих досліджень показали, що надавачі послуг вважають, що пролонгована експозиція та КПТ є ефективними методами лікування, але вони використовують підтримуючі моделі консультування частіше, ніж пролонговану експозицію та КПТ (Finley et al., 2015; Watts et al., 2014). Більше того, надавачі послуг повідомляють про використання деяких, а не всіх компонентів лікування для обох підходів (Borah et al., 2013; Watts et al., 2014), що є проблематичним, оскільки невідомо, чи ефективні ці методи лікування, якщо їх змінювати несистематично. Надавачі послуг повідомили, що, хоча вони вважають, що пролонгована експозиція та КПТ є ефективними, вони або змінюють ці методи лікування, або замість них використовують підтримуючу терапію через вимоги до клінічної допомоги та обмежені кадрові ресурси (Borah та ін., 2013; Finley та ін., 2015).

Оскільки ПЕТ є короткостроковим лікуванням, на неї менше впливають ці бар'єри впровадження, і більше клієнтів можна пролікувати з обмеженими кадровими ресурсами. Крім того, оскільки протокол ПЕТ є добре структурованим і чітко прописаним, є менша ймовірність того, що надавачі послуг відхилятимуться від протоколу, тим самим потенційно підвищуючи успішність результатів лікування серед тих клієнтів, які отримують лікування.

У сукупності кілька варіантів лікування посттравматичного стресового розладу мають подібні характеристики. Ефективність і структура ПЕТ вирішує багато викликів, які виникають при застосуванні інших доказових підходів для лікування посттравматичного стресового розладу. У розділі 2 ми описуємо, як була розроблена ПЕТ, і представляємо результати досліджень, які підтверджують ефективність її використання для лікування посттравматичного стресового розладу.

Розділ 2. Розробка та ефективність

Результати письмової експозиційної терапії

Наша робота, яка в кінцевому підсумку призвела до створення протоколу письмової експозиційної терапії (ПЕТ), почалася з цікавості щодо обширних переваг, пов'язаних із процедурою експресивного письма, яку досліджували Пеннебейкер і Білл (Pennebaker and Beall, 1986). Ця процедура передбачає написання про стресовий або травматичний досвід протягом 20 хвилин на день протягом трьох днів поспіль. На наш подив, незважаючи на стислість процедури, численні опубліковані дослідження продемонстрували її надійні переваги для фізичного та психологічного здоров'я (огляд див. Frattaroli, 2006). Коли ми читали результати цих досліджень, ми були вражені їх послідовністю, а також очевидною подібністю між протоколом Пеннебейкера та Білла та терапіями посттравматичного стресового розладу (ПТСР), заснованими на експозиції. Проте ми припустили, що процедура експресивного письма не буде корисною для осіб, які пережили подію, яка дійсно кваліфікується як травматичний стресор (травматична подія за Критерієм А; Американська психіатрична асоціація, 1994, 2013) і мають симптоми ПТСР принаймні помірної тяжкості, тому що вона не включала стільки сесій, скільки зазвичай проводять у терапіях, базованих на експозиції (тобто три сеанси написання проти 12 сеансів терапії).

Ми перевірили цю гіпотезу в нашому першому дослідженні, випадковим чином розподіливши осіб, які повідомили про вплив травматичного стресора за критерієм А для ПТСР та симптоми посттравматичного стресового розладу принаймні помірної тяжкості, або до групи експресивного письма, або до групи контрольного письма, у якій люди писали про те, як вони проводять свій день щодня без жодних емоцій чи суджень (Sloan & Marx, 2004). Щоб переконатися, що ми відтворили процедуру експресивного письма, ми отримали протокол безпосередньо від Пеннебейкера та консультувалися з ним під час цього дослідження, а також під час наступних досліджень, щоб перевірити, наскільки протокол експресивного письма буде корисним для тих, хто має історію травми та супутні симптоми ПТСР. Щоб перевірити передбачуваний механізм дії терапевтичної експозиції (тобто поступового зникнення страху), ми зібрали зразки слини учасників до та після кожного сеансу письма, щоб перевірити реактивність кортизолу в слині, а також самостійну оцінку учасниками їх емоційної реактивності.

Модель гальмівного навчання ще не отримала широкого поширення. Ми очікували, що не знайдемо жодних відмінностей між групами у змінах симптомів посттравматичного стресового розладу, оскільки ми припустили, що протокол експресивного письма не включав достатню кількість сеансів письма (тобто експозицій), щоб призвести до зникнення реакції патологічного страху.

У контрасті до наших очікувань, ми виявили, що учасники, визначені в групу експресивного письма, повідомили про значне зменшення тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу як одразу після лікування, так і після подальшого спостереження, порівняно з тими, хто був визначений до контрольної групи. Більше того, згідно з моделлю згасання, рівень кортизолу у слині та самостійні оцінки емоційної реактивності, вказують на початкову активацію реакції страху під час першого сеансу експресивного письма з подальшим згасанням реакції страху до третьої сесії (Sloan & Marx, 2004).

Ці результати здивували нас, тому що ми припускали, що людям знадобиться більше сеансів письма (тобто більша доза лікування) для зникнення реакції на патологічний страх. Після цього ми дослідили емпіричну літературу, намагаючись виявити дослідження, які продемонстрували необхідну та достатню дозу терапії для успішного лікування ПТСР. Неймовірно, але проводячи цей огляд літератури, ми виявили, що жодні попередні дослідження не вивчали зв'язок між дозою терапії та результатом лікування ПТСР. Це відкриття в поєднанні з результатами нашого першого дослідження змусило нас провести серію наступних досліджень, щоб краще зрозуміти критичні компоненти успішного лікування ПТСР.

У нашому наступному дослідженні ми перевірили, чи необхідно писати про один і той самий травматичний досвід під час кожного сеансу письма для успішного результату (Sloan, Marx, & Epstein, 2005). Оригінальний протокол експресивного письма Пеннебейкера та Білла (1986) дозволяє перемикатися між різними стресовими чи травматичними подіями, і, отже, деякі люди дійсно змінюють теми між сесіями письма. Такий дозвіл несумісний з тим, що зазвичай робиться в протоколах терапії ПТСР, базованих на експозиції, які зазвичай потребують того, щоб клієнт неодноразово піддавався нагадуванням про ту саму травму, щоб настало згасання реакції. З огляду на це, існували певні суперечки щодо специфіки стимулів експозиції, і деякі дослідники (наприклад, Watson & Marks, 1971) припускали, що під час сеансів експозиції можна використовувати будь-які стимули, якщо ці стимули викликають інтенсивний негативний афект у людини.

У цьому випадку, експресивне письмо мало б дати позитивні результати незалежно від того, чи змінює особа тему, якщо все, про що вона пише, викликає достатньо сильний негативний афект. Щоб визначити, чи це справді так, ми залучили учасників, які мали в анамнезі кілька травматичних стресових подій і повідомили про принаймні помірно важкі симптоми ПТСР.

Ми випадковим чином розподілили учасників писати або про ту одну і ту ж саму травматичну подію під час кожної сесії, або писати про різні травматичні події під час кожної сесії або писати про свій день без будь-яких емоцій чи думок (контрольна група). Усі інші процедури експресивного письма були дотримані. Ми також збирали дані про реактивність кортизолу в слині під час кожної сесії та самостійні оцінки власних емоцій учасниками, щоб перевірити гіпотезу реакції на зникнення страху.

Висновки показали, що лише ті, хто писав про одну і ту ж саму травматичну подію під час кожної сесії, повідомили про значне зменшення тяжкості симптомів посттравматичного

стресового розладу під час оцінювання після лікування та подальшого спостереження. Люди, які писали щоразу про різні травматичні події та контрольна група, не повідомили про суттєве зменшення тяжкості симптомів ПТСР. Важливим спостереженням було те, що учасники обох груп, які писали про травми, демонстрували підвищену реакцію страху під час першої сесії письма, але лише ті, хто писав про одну і ту ж саму травму, продемонстрували значне згасання відповіді на страх до третьої сесії письма. Насправді, особи, які писали про різні травми під час кожної сесії, демонстрували значно більшу реакцію страху під час третьої сесії, порівняно з учасниками, які писали про одну і ту ж травму на кожній сесії та контрольною групою (Sloan та ін., 2005). Ці результати підкреслюють важливість того, щоб писати про одну і ту ж саму травму під час кожної сесії та важливість відповідності експозиції/стимулів (тобто травматичної події) під час проведення експозиції в уяві (Sloan та ін., 2005).

Потім ми провели кілька додаткових досліджень, щоб дослідити можливі модератори результатів експресивного письма, а також продовжити вивчення критичних компонентів експресивного письма, таких як письмові інструкції, які наголошують на вираженні емоцій, а не акцентуванні думок, пережитих під час травми (Sloan, Маркс, Епштейн і Лексінгтон, 2007). Зокрема, ми виявили, що чоловіки та жінки отримували однакову користь від експресивного письма (Epstein, Sloan, & Marx, 2005), люди схильні до румінації думок отримали більший сприятливий результат, пов'язаний із експресивним письмом, ніж ті, хто не був схильний до схильні до румінації думок (Sloan , Marx, Epstein, & Dobbs, 2008), і особи з кращою здатністю до регуляції емоцій (що індексується за респіраторною синусовою аритмією) досягли кращих результатів, пов'язаних з експресивним письмом, ніж особи з гіршою здатністю до регуляції емоцій (Sloan & Epstein, 2005). Ми також виявили, що підкреслення вираження емоцій у наборі інструкцій для експресивного письма призвело до більших переваг порівняно з інструкціями, які підкреслюють когнітивну реструктуризацію (Sloan et al., 2007). Результати цих досліджень дозволили нам краще зрозуміти, для кого експресивне письмо може бути корисним і за яких умов воно може бути найбільш корисним.

[1] Ми досліджували літературу в 2002 році, і на той час не було опублікованих досліджень, які б вивчали дозу, необхідну для успішного результату ПТСР. Однак зараз є кілька публікацій, присвячених цьому питанню (наприклад, Galovski, Blain, Mott, Elwood, & Houle, 2012; Nacasch et al., 2015; van Minnen & Foa, 2006).

Провівши близько восьми років, вивчаючи критичні компоненти протоколу експресивного письма, ми опісля дослідили, чи буде він корисним для людей із діагнозом ПТСР (Sloan, Marx, & Greenberg, 2011). У наших попередніх дослідженнях ми просили учасників самостійно оцінити симптоми ПТСР замість проведення діагностичного інтерв'ю. Враховуючи діапазон симптомів посттравматичного стресового розладу, про які повідомляли самі учасники досліджень, ми точно включали осіб, які відповідали б діагностичним критеріям ПТСР, а також осіб, які не мали посттравматичного стресового розладу. Таким чином, було незрозуміло, чи експресивне письмо сприятиме клінічно значущому зменшенню симптомів серед осіб із більш важким ПТСР.

Щоб відповісти на це питання, ми провели дослідження, у якому ми оцінювали посттравматичний стресовий розлад за допомогою інтерв'ю, проведеного клініцистом. Учасники з підтвердженим діагнозом посттравматичний стресовий розлад були випадковим чином розподілені до групи експресивного письма або до контрольної групи. Ґрунтуючись на наших попередніх висновках (Sloan та ін., 2005), ми змінили протокол експресивного письма, щоб давати людям вказівки писати про той самий травматичний досвід під час кожної сесії. Ми продовжували тестувати низхідний механізм експозиції (тобто згасання), досліджуючи реактивність серцевого ритму та самостійну оцінку емоцій учасниками протягом кожної сесії. Результати показали, що експресивне письмо не було пов'язане зі значним зменшенням симптомів посттравматичних стресових розладів, і ці дві групи не відрізнялися суттєво за тяжкістю симптомів посттравматичного стресового розладу під час оцінювання після лікування та під час подальшого спостереження. Дані частоти серцевих скорочень і самостійної оцінки емоційної реактивності вказують на початкову активацію реакції на страх серед учасників, яким було призначено групу експресивного письма, але подальшого зниження цієї реакції не спостерігалося після першої сесії (Sloan et al., 2011).

Ці знахідки серед тих, у кого діагностовано посттравматичний стресовий розлад, були такими, як ми очікували спостерігати в нашому першому дослідженні. Однак ми були раді, що не проводили це дослідження першим, тому що ми б не дізналися стільки про те, що працює, а що ні при використанні писання розповіді для лікування симптомів посттравматичного стресу. Наше систематичне дослідження надало дані, які підтверджують уявлення про те, що терапевтична експозиція в уяві через письмові оповіді може бути ефективним лікуванням, але нам потрібно було внести зміни, щоб вона було корисною для осіб із більш важким ПТСР. Ми внесли кілька модифікацій на основі даних наших попередніх досліджень, нашої пілотної роботи, яку ми провели для подальшого визначення достатньої дози наративного письма, та інших пов'язаних емпіричних даних.

По-перше, ми змінили кількість і тривалість сеансів письма, включених до протоколу, на основі пілотної роботи, яку ми провели, щоб дослідити оптимальну дозу написання розповіді, необхідну та достатню для успішного результату лікування. Ця пілотна робота показала, що п'ять сесій, кожна з яких включає 30 хвилин письмової роботи, були достатньою дозою для успішного результату з особами з діагнозом ПТСР.

Потім ми змінили інструкції з написання на основі нашої сукупної емпіричної роботи (наприклад, Sloan et al., 2007) і емпіричної літератури. Наприклад, протокол вказує клієнту писати про свій травматичний досвід, використовуючи віддалену перспективу («як ви зараз озираєтеся на це»), а не перспективу занурення («пишіть про це в теперішньому часі, ніби це відбувається прямо зараз"). Це рішення було підтверджено численними дослідженнями, які вказують на те, що люди краще здатні точно згадувати та «опрацьовувати» надзвичайно негативні життєві події, використовуючи дистанційовану, а не занурену перспективу (див огляд Kross & Ayduk, 2011, 2017).

В якості останньої модифікації ми додали компонент психоосвіти, який включають усі доказові методи лікування ПТСР (наприклад, Hamblen, Schnurr, Rosenberg, & Eftekhari, 2009),

і ми включили обґрунтування лікування до першої сесії терапії. Важливо інформувати клієнтів про основні симптоми ПТСР, а також про те, як ПТСР розвивається та підтримується. Ця інформація забезпечує відповідний контекст для опису обґрунтування лікування (тобто, чому написання про свій травматичний досвід зменшить прояви ПТСР). Існують чіткі дані, які показують, що позитивне сприйняття лікування пояснює значні відмінності в результатах лікування (наприклад, Addis & Carpenter, 2000). Також важливо пояснити клієнтам, чому ви просите їх робити саме те, для чого вони докладали великих зусиль, щоб цього не робити, щоб вони були готові писати про свій травматичний досвід.

Для кожної сесії лікування ми створили сценарій протоколу, щоб забезпечити легке розповсюдження серед постачальників і гарантувати, що лікування буде однаковим незалежно від терапевта, який проводить лікування. Отож, ми очікуємо, що терапевт читатиме (дослівно) інформацію про лікування клієнту. Ми не розписали дослівно сценарії розділів лікування, які є індивідуальними для конкретного клієнта, як-от надання відгуків щодо того, наскільки добре клієнти дотримувалися інструкцій з написання, і перевірка з клієнтами того, як для них пройшов сеанс написання. Ці індивідуальні частини протоколу детально описані в Розділі 4.

Після впровадження цих змін ми назвали новий протокол письмовою експозиційною терапією. З моменту розробки протоколу ми провели кілька досліджень, щоб дослідити його ефективність.

Початкове дослідження ефективності

Хоча ми вважали, що ПЕТ буде корисною для лікування посттравматичного стресового розладу, було важливо перевірити це припущення. В якості початкового тесту на ефективність лікування ми порівняли ПЕТ із перебуванням у списку очікування за допомого фінансування, яке ми отримали від Національного інституту психічного здоров’я. На прохання фінансуючої агенції ми також включили умову порівняння телемедицини, за якої люди отримували ПЕТ вдома. Це була розумна пропозиція, враховуючи формат ПЕТ. Адже ПЕТ здається ідеальним лікуванням для проведення поза клінікою, що робить лікування набагато доступнішим для тих, хто його потребує.

Ми протестували ПЕТ на вибірці дорослих людей, які мали посттравматичний стресовий розлад внаслідок автомобільної аварії. Ми вибрали цю групу з кількох причин. По-перше, автомобільні аварії є найпоширенішим типом травматичного стресора, який призводить до ПТСР (Blanchard & Hickling, 2004). По-друге, ми вважали, що було б найкраще провести початковий тест на ефективність ПЕТ із вибіркою осіб, які мали посттравматичний стресовий розлад в результаті одиничної дискретної травматичної події, а не повторюваної травматичної події, такої як жорстоке поводження в дитинстві чи участь у бойових діях.

Перш ніж провести рандомізоване контрольоване дослідження, нам потрібно було провести пілотне дослідження, щоб розробити протокол для версії ПЕТ для телемедицини. Щоб

переконатися, що ми можем залучати учасників до ПЕТ поза межами клініки, ми структурували сесії таким чином, щоб запланувати конкретні дні та час проведення кожної сесії. Потім терапевт дзвонить людині у визначений час для кожної сесії та надає інструкції щодо написання під час цієї сесії. Учаснику нагадують, що сесія має бути завершена за 30 хвилин, після цього терапевт передзвонить, щоб дізнатися, як пройшла сесія письма. На жаль, ми зіткнулися з двома серйозними проблемами з пілотною програмою телемедицини. По-перше, значний відсоток (тобто принаймні 50%) учасників, які спочатку погодилися отримати телемедичну допомогу ПЕТ, вибули з програми ще до першого сеансу лікування.

Цей високий відсоток відсіву разюче відрізнявся від того, що ми зазвичай спостерігали в будь-якому з наших попередніх досліджень експресивного письма. Друга проблема, з якою ми зіткнулися, полягала в тому, що більшість людей, які пройшли принаймні один сеанс телемедицини ПЕТ, повідомили, що під час письмового сеансу займалися іншою діяльністю, наприклад телефонними дзвінками чи перевіркою електронної пошти. Значна кількість осіб, які брали участь принаймні в одному сеансі телемедицини ПЕТ, також вибули. Це спостереження узгоджується з високою кількістю тих, хто кидає лікування серед тих, хто отримує письмові інтервенції з телемедицини в інших дослідженнях (наприклад, Lange та ін., 2003). Ми зрозуміли це небажання учасників дотримуватися письмового протоколу як уникнення нагадувань про травми та пов’язаного з ними дистресу. Безумовно, уникання є центральною ознакою посттравматичного стресового розладу (Американська психіатрична асоціація, 2013; Всесвітня організація охорони здоров’я, 2018), і уникнення стримало людей із посттравматичним стресовим розладом від участі в інших травмафокусованих методах терапії, таких як пролонгована експозиція (ПЕ) і когнітивно-процесуальна терапія (CPT; Hoge & Chard, 2018). Люди з посттравматичним стресовим розладом, здається, набагато охочіше дотримуються протоколу ПЕТ, коли вони перебувають у клініці, ніж поза клінікою. Крім того, учасники сказали нам, що вони б не хотіли проходити ПЕТ вдома через побоювання, що вони не зможуть впоратися з негативним впливом, який міг би бути викликаний письмовими сесіями. Вони повідомляють, що відчувають, що в клініці вони мають «мережу безпеки». Через труднощі, з якими ми зіткнулися під час пілотування телемедичної версії протоколу ПЕТ, ми зрештою виключили телемедичну версію ПЕТ з рандомізованого контрольованого дослідження.

Потім ми розпочали перше дослідження ефективності ПЕТ, використовуючи дизайн рандомізованого контрольованого дослідження, у якому 46 учасників із діагнозом посттравматичного стресового розладу, пов’язаного з автотранспортною пригодою, були випадковим чином розподілені або до групи ПЕТ, або до контрольної групи очікування (Sloan, Marx, Bovin, Feinstein, & Gallagher, 2012). Відповідно до нашої мети визначити механізм, за допомогою якого ПЕТ зменшує симптоми посттравматичного стресового розладу, ми збирали самостійні оцінки емоцій учасників і записували частоту серцевих скорочень під час кожного сеансу письма. Наші висновки показали, що порівняно з учасниками, визначеними до контрольної групи, ті, які були визначені до ПЕТ, повідомили про значне зменшення тяжкості симптомів ПТСР після лікування, і зменшення симптомів зберігалося через 3 і 6 місяців після лікування. Більше того, лише один з 23 учасників групи

ПЕТ (5%) продовжував відповідати діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу під час 3-місячного спостереження порівняно з 15 із 23 учасників списку очікування (лише дві особи покинули дослідження передчасно (7%). Крім того, учасники із групи ПЕТ повідомили, що вони дуже задоволені лікуванням (M = 28,20, SD = 3,3, із максимально можливого загального балу 32).

Ми знайшли підтвердження припущення про те, що відбувається звикання до страху під час процедури ПЕТ. Зокрема, ми спостерігали значне зниження оцінки емоцій за власними оцінками учасників, визначених до групи ПЕТ між сесіями лікування (Sloan та ін., 2012), і приріст результатів лікування був суттєво пов'язаний із початковою фізіологічною активацією та згасанням між сеансами, як індексувалось за самоповідомленими оцінками збудження (Wisco, Baker, & Sloan, 2016).

Під час дослідження учасники заповнили Анкету щодо уникнення водіння та їзди (Clapp et al., 2011), і ми використали ці дані, щоб перевірити, чи відбулися зміни у поведінці уникнення водіння та їзди, що є найпоширенішим типом уникнення поведінки серед осіб із посттравматичним стресовим розладом, пов'язаним із автотранспортними пригодами (Blanchard & Hickling, 2004). Хоча ми не призначали та не обговорювали сесії експозиції in vivo з учасниками, ми спостерігали значне зниження поведінки, пов'язаної з уникненням водіння та їзди, порівняно з базовим рівнем, а також значне зниження порівняно з учасниками, призначеними до списку очікування (Baker, Litwack, Clapp, Beck, & Sloan, 2014). Виявлення конфронтації інших форм уникнення, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом, може бути результатом інформації про важливість уникнення для підтримки посттравматичного стресового розладу, представленої під час першої сесії лікування, та/або позитивного досвіду, який учасники мали під час сесій експозиції в уяві. Наприклад, коли їх запитали, чому вони спонтанно знову почали їздити автомагістралями після того, як уникали такої поведінки після аварії, учасники зауважили, що оскільки вони змогли зіткнутися зі спогадами про травму, вони відчували, що вони також можуть зіткнутися з іншими речами, яких вони уникали, пов'язаними з їхнім досвідом травми. Важливо, що ми помітили, що отриманий нами ефект подібний до того, про який повідомляється для КПТ і ПЕ при використанні контрольної групи без лікування (Cahill, Rothbaum, Resick, & Follette, 2009; Cusack et al., 2016).

Порівняльне дослідження ефективності ПЕТ і КПТ

Незважаючи на те, що результати дослідження були обнадійливими, ми порівняли ПЕТ лише з групою списку очікування. Потрібна була додаткова робота з більш суворим дизайном дослідження, щоб з'ясувати, чи дає ПЕТ клінічно значуще, стійке зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу, яке можна порівняти зі зменшенням симптомів посттравматичного стресового розладу, викликаним іншими доказовими методами лікування, такими як ПЕ та КПТ. Отож, ми вважали, що наступним найкращим кроком у дослідженні ефективності ПЕТ буде пряме порівняння ПЕТ із одним із втручань

першої лінії для лікування посттравматичного стресового розладу за допомогою рандомізованого контрольованого дослідження (докладніше про дизайн дослідження див. у Sloan, Marx, & Resick, 2016).

Ми вирішили порівняти ПЕТ із КПТ із двох причин. По-перше, КПТ включає письмові розповіді про травму, які потрібно написати між сесіями, а потім принести на сесію, щоб прочитати вголос терапевту. Ми вважали, що включення письмових розповідей про травму в іншому форматі дозволить провести цікаве порівняння. Другим і більш переконливим обґрунтуванням для включення КПТ було те, що д-р Патрисія Резік працювала в нашому закладі, коли ми розпочинали дослідження, і вона погодилася відповідати за навчання та супервізії терапевтів КПТ. Якщо д-р Резік наглядатиме за терапевтами КПТ, це гарантуватиме, що учасники цієї групи, отримуватимуть лікування від висококомпетентних, добре навчених терапевтів. Наші первинні гіпотези полягали в тому, що ПЕТ не поступатиметься КПТ, незважаючи на суттєві відмінності в дозі лікування (п’ять сесій проти 12 сесій), і що буде значно більше передчасне залишення КПТ порівняно з ПЕТ на основі даних про вибування, які раніше повідомлялися для цих двох методів (наприклад, Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002; Resick та ін., 2008; Sloan та ін., 2012).

Учасниками дослідження були 126 чоловіків і жінок із діагнозом ПТСР (Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018). Ми включили посттравматичний стресовий розлад, спричинений будь-якою травматичною подією, щоб підвищити можливість узагальнення результатів. Наша гіпотеза про те, що ПЕТ не поступатиметься КПТ, була підтверджена. Зокрема, ми виявили, що середня різниця в балах за шкалою ПТСР CAPS-5 (CAPS-5; Weathers et al., 2013a) між учасниками, які отримували ПЕТ, і учасниками, які отримували КПТ, не перевищувала 4,3 бали на всіх етапах після лікування та в періоді спостереження. Ця різниця була набагато меншою, ніж раніше встановлена межа негіршості (noninferiority margin) у 10 балів для CAPS. Ми також виявили, що значно більша кількість осіб передчасно вибула з КПТ (39%) порівняно з ПЕТ (6%). Імовірно, відмінності у вибуванні не можна було пояснити більшою тривалістю лікування КПТ, оскільки більшість (76%) осіб, які вибули з КПТ, зробили це протягом перших п’яти сеансів. Крім того, ми зібрали інформацію про причини передчасної відмови від лікування; Можливо, деякі люди передчасно відмовилися від КПТ, оскільки вважали, що досягли успіху в лікуванні, і не вважали потреби в додаткових сеансах лікування. Лише одна людина передчасно вибула з групи КПТ з цієї причини. Слід зазначити, що результати не меншої ефективності також спостерігалися під час дослідження у вибірки тих, хто завершив лікування (Sloan, Marx, & Lee, 2018).

Також досліджувалися показники процесу лікування, включаючи очікувану тривалість лікування, задоволеність лікуванням і терапевтичний зв’язок. Не спостерігалося суттєвих відмінностей між цими методами лікування щодо задоволеності лікуванням або очікуваної тривалості лікування (Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018). Використовуючи коротку форму Working Alliance Inventory (Hatcher & Gillaspy, 2006), ми досліджували, чи існує більш виражений терапевтичний зв’язок для КПТ, що ми припускали, враховуючи більшу кількість часу, який терапевт проводить з учасником. Всупереч нашим очікуванням, не було суттєвих

відмінностей у даних про терапевтичний зв’язок між терапевтами та учасниками в обох групах. Таким чином, хоча терапевти витрачали значно менше часу на взаємодію з клієнтами у ПЕТ, ніж у більш традиційних індивідуальних психотерапіях, виглядає, що терапевтичний зв’язок при цьому не страждає.

У наступній статті ми повідомили, що результати лікування, які спостерігалися як для ПЕТ, так і для КПТ, зберігалися під час довгострокового (тобто 60 тижнів) подальшого спостереження (Thompson-Hollands, Marx, Lee, Resick, & Sloan, 2018). Всупереч нашим очікуванням, не було суттєвих відмінностей у даних про терапевтичний зв’язок між терапевтами та учасниками в обох групах. Ми також виявили значне зменшення симптомів депресії для обох методів лікування, при цьому не спостерігалося істотної різниці між групами (Thompson-Hollands et al., 2018).

Чи ПЕТ працює краще для одних людей, ніж для інших?

Другою, дослідницькою метою цього дослідження було дослідити модератори результатів лікування для обох груп лікування. Враховуючи різницю в дозах між двома методами лікування, можна припустити, що ПЕТ не працюватиме так добре з клієнтами, які відчувають більш серйозні симптоми (наприклад, більша тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу, більша кількість психіатричних супутніх діагнозів, довший час після травми) або тими, які мають численні травматичні досвіди. Крім того, через те, що в лікуванні зосереджено увагу на писанні, клініцисти часто запитують, чи впливає рівень освіти клієнтів на результати лікування ПЕТ. Хоча ми розуміємо, чому клініцисти задають це питання, важливо визнати, що якість написаного (наприклад, правопис, структура речень, граматика) не має значення. Швидше, письмо використовується як засіб протистояння своїй травматичній пам’яті. Граматика, структура речень і загальна якість написання не мають значення, тому що вони не повинні перешкоджати здатності людини писати про деталі своєї травматичної події. Тим не менш, оскільки клініцисти часто запитували, чи освіта та вербальні здібності впливають на результати лікування, ми також включили показник розрахункового IQ як потенційного модератора результатів лікування в цьому дослідженні.

Ми досліджували ряд інших змінних – потенційних модераторів, включаючи демографічні характеристики (стать, вік, расове походження, освітній рівень; Marx, Sloan, Lee, & Resick, 2017). На наш подив, ми не виявили, що базовий рівень тяжкості ПТСР, кількість супутніх діагнозів, тяжкість депресії або час після травми вплинули на результат лікування ПТСР ні для КПТ, ні для ПЕТ. Ми також не виявили, що будь-яка демографічна змінна модерує результат лікування. Єдиною змінною, яка помірно повпливала на результат лікування, був розрахунковий IQ, при цьому більш високі базові розрахункові показники IQ асоціювалися з кращими результатами лікування для КПТ. Примітно, що особи з нижчими розрахунковими показниками IQ, які проходили КПТ, також продемонстрували значне покращення симптомів ПТСР, але ті хто мав вищі розрахункові показники IQ показали ще більше покращення симптомів. Розрахункові показники IQ на початку лікування не були пов’язані зі змінами симптомів ПТСР серед учасників, які проходили ПЕТ. Таким чином, на ефективність ПЕТ не

впливає тяжкість діагнозу чи кількість минулих травматичних подій. Результат ПЕТ також не залежить від рівня інтелекту чи освіти.

[2]Слід зазначити, що ми використовуємо термін когнітивно-процесуальна терапія для позначення повного протоколу, який включає як письмові звіти, так і когнітивну реструктуризацію, як це було донедавна. Resick та її колеги (2016) тепер називають протокол, який включає лише когнітивну реструктуризацію, КПТ, а термін CPT+A використовується для позначення протоколу, який включає письмові звіти.

Дослідження ефективності за участю військових ветеранів і діючих військовослужбовців

Описані раніше висновки походять з досліджень із переважно цивільними вибірками; ми подумали, що було б також важливо дослідити травмафокусоване лікування з військовими ветеранами та військовослужбовцями. Дійсно, хоча ПЕ та КПТ мають найсильнішу емпіричну підтримку для лікування посттравматичного стресового розладу (Робоча група з лікування посттравматичних стресових розладів, 2017), більшість даних щодо ефективності ПЕ та КПТ було отримано для цивільних вибірок. Недавні конфлікти в Іраку та Афганістані призвели до значного збільшення кількості ветеранів і військовослужбовців, які звертаються за послугами для посттравматичного стресового розладу (Tanielian & Jaycox, 2008). Цей підвищений попит на допомогу також призвів до визнання необхідності проведення досліджень ефективності лікування першої лінії з ветеранами та військовослужбовцями. Як резюмували Steenkamp, Litz, Hoge та Marmar (2015), наявні дані свідчать про те, що ПЕ та КПТ не працюють так добре з військовими ветеранами та військовослужбовцями, як з цивільними особами, які не є ветеранами. Зокрема, Steenkamp та ін. повідомили, що дослідження, які вивчали ефективність ПЕ та КПТ з військовослужбовцями або ветеранами, виявили, що від 49% до 70% учасників дослідження досягли клінічно значущого зменшення симптомів і що від 60% до 72% учасників зберегли свій діагноз ПТСР після ПЕ та КПТ. Це контрастує з тим, що приблизно 80% цивільних учасників, які не є ветеранами, досягають клінічно значущого зниження симптомів, і лише приблизно одна третина учасників зберігає свій діагноз ПТСР після лікування ПЕ або КПТ (Steenkamp et al., 2015).

На додаток до занепокоєння щодо ефективності КПТ та ПЕ для ветеранів і військовослужбовців, як описано раніше в розділі 1, з’являються докази того, що надавачі послуг в системі Департаменту у справах ветеранів і Департаменту оборони рідко використовують лікування ПТСР першої лінії навіть після проходження навчання з КПТ та ПЕ (Borah та ін., 2013; Finley та ін., 2015; Watts та ін., 2014). У сукупності ці результати свідчать про необхідність додаткових варіантів лікування з кращим залишенням в лікуванні та більшою ефективністю.

Щоб перевірити здійсненність, прийнятність і початкову ефективність ПЕТ для ветеранів, ми спочатку провели відкрите пілотне дослідження з невеликою вибіркою (N = 7; Sloan, Lee, Litwack, Sawyer, & Marx, 2013). Висновки із цього невеликого дослідження були багатообіцяючими. Зокрема, лише один із семи ветеранів передчасно припинив лікування;

це відносно низький рівень відсіву для ветеранів, які шукають лікування, орієнтоване на травму (Kehle-Forbes, Meis, Spoont, & Polusny, 2016). Більше того, п'ять із семи ветеранів повідомили про клінічно значуще зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу під час подальших обстежень та оцінок з експертами, які використовували структуроване клінічне інтерв'ю. Примітно, що ветерани повідомили про рівень задоволеності лікуванням від хороших до відмінних (Sloan et al., 2013).

Ми також досліджували ветеранів у нещодавно опублікованому клінічному дослідженні, у якому ПЕТ безпосередньо порівнювали з КПТ (Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018). Ми ще не опублікували висновки для підгрупи ветеранів, оскільки це невелика група і, як така, не має достатньої сили доказовості для вивчення відмінностей між лікуваннями. Тим не менш, ми надаємо тут описові результати підвибірки ветеранів, щоб пролити додаткове світло на участь у лікуванні та результати лікування ПЕТ у військових ветеранів. Загалом 33 ветерани були зареєстровані в дослідженні та були випадковим чином розподілені до групи КПТ (n=16) або ПЕТ (n=17). З ветеранів, визначених до обох груп, лише один (6%) вибув з групи ПЕТ, тоді як вісім (50%) вибули з групи КПТ. Найпоширенішою причиною, через яку ветерани вибули з групи КПТ, було те, що лікування було надто складним (наприклад, домашні завдання забирали багато часу та були складними; заняття спричиняли збільшення думок, пов'язаних із травмою, що викликало страждання).

Ветерани, яким було призначено як КПТ, так і ПЕТ, показали суттєве зниження тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу із середнім балом результату лікування за шкалою CAPS-5 22,25 (SD = 6,5) і 21,82 (SD = 7,2) для КПТ і ПЕТ відповідно. Більш повні дані мають особливе значення, враховуючи, що 50% ветеранів, рандомізованих до групи КПТ, передчасно залишили дослідження. Примітно, що серед ветеранів, які завершили лікування, міжгрупова різниця в середній зміні CAPS-5 була однаковою, причому найбільша міжгрупова різниця на будь-якому інтервалі оцінки становила лише 1,12 бала. Ці висновки свідчать про те, що навіть якщо ПЕТ може включати значно менше сесій лікування, ніж КПТ, це може призвести до більшого відсотку завершення лікування повністю та подібних результатів лікування серед ветеранів з ПТСР. Незважаючи на те, що ці дані є багатообіцяючими, слід бути обережними при інтерпретації цих результатів через невелику кількість ветеранів, включених у дослідження.

У сукупності результати цих двох досліджень свідчать про те, що ПЕТ добре переноситься військовими ветеранами, і наші знахідки щодо ефективності є багатообіцяючими. Зараз ми маємо на розгляді заявку на отримання гранту для проведення дослідження ефективності ПЕТ за участю великої вибірки ветеранів, які звертаються за лікуванням в системі охорони здоров'я у справах ветеранів. Проведення такого дослідження є важливим для встановлення того, що ПЕТ є ефективним у лікуванні ветеранів з діагнозом ПТСР.

Також щодо вивчення ефективності ПЕТ із військовослужбовцями, за фінансування від Департаменту оборони ми зараз досліджуємо, чи ПЕТ не поступається КПТ, лише когнітивному протоколу, КПТ-К (CPT-C; Resick та ін., 2016) у вибірці військовослужбовців, чоловіків і жінок, що діагностовані із ПТСР.

[3] Терапія когнітивної обробки, лише когнітивна раніше називалася КПТ-К, CPT-C (Resick, Monson, & Chard, 2014). Однак Resick та колеги (2016) тепер називають CPT-C CPT. У цьому розділі ми використовуємо термін CPT-C для позначення лише когнітивної CPT.

Ми використовуємо лише когнітивний протокол КПТ, оскільки цей протокол лікування усуває компонент опису травми КПТ, і є деякі докази того, що цей протокол призводить до швидшого лікування порівняно з оригінальним протоколом КПТ (Resick та ін., 2008). Знову ж таки, ми очікуємо, що ПЕТ не поступатиметься КПТ-К, незважаючи на різницю в дозі лікування. Ми також очікуємо виявити суттєву різницю у передчасному залишенні лікування з меншою кількістю відсіву у ПЕТ. Етап набору для цього дослідження триває; як наслідок, ми не можемо надати інформацію про результат лікування або рівні залишення лікування на даний момент.

Підсумок висновків щодо ефективності

Результати ефективності, отримані на сьогоднішній день, свідчать про те, що ПЕТ є ефективним методом лікування і добре сприймається особами з діагнозом ПТСР. Передчасна відмова від лікування була постійно низькою, що примітно, враховуючи, що відмова від лікування для травмофокусованої терапії, як правило, відносно висока (36%; Imel et al., 2013). Малоймовірно, що короткий характер лікування пояснює низький рівень відсіву, враховуючи, що більшість осіб припиняють інші травмафокусовані лікування на ранніх стадіях лікування (наприклад, Gutner, Gallagher, Baker, Sloan, & Resick, 2016; Kehle-Forbes та ін., 2016), і це була модель відсіву, яку ми спостерігали в нашому дослідженні негіршості між лікуваннями (Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018). Учасники також повідомляють про високий рівень задоволеності лікуванням.

Отримані результати, опубліковані Sloan et al. (2012) припускають, що зменшення симптомів може бути подібним до тих, які спостерігаються для лікувань першої лінії посттравматичного стресового розладу, і результати нашого нещодавно завершеного дослідження негіршості між лікуваннями також вказують на те, що це так. Результати дослідження негіршості між лікуваннями помітні, враховуючи значно більшу дозу лікування в КПТ. Крім того, ефекти від лікування ПЕТ зберігається при подальшому тривалому спостереженні (Thompson-Hollands et al., 2018). Як і в нашій попередній роботі, ці результати підкреслюють важливість вивчення необхідних і достатніх елементів лікування для максимізації результатів, одночасно роблячи лікування ефективним і доцільним як для клієнтів, так і для надавачів лікування.

Хоча в одному дослідженні ми виявили, що ПЕТ не поступається КПТ, необхідні ще додаткові дослідження. Незважаючи на це, навіть якщо буде виявлено, що ПЕТ поступається КПТ або іншим методам лікування ПТСР першої лінії, використання ПЕТ все одно може бути доцільним через низькі рівні передчасного залишення лікування та міркування щодо економічної доцільності. Наприклад, якщо суттєво менше клієнтів відмовляється від ПЕТ порівняно з іншими травмафокусованими методами лікування, може бути краще використовувати ПЕТ, щоб забезпечити високий рівень завершення лікування та надання адекватної дози лікування. З точки зору економічної доцільності, ПЕТ є економічно

доцільним варіантом лікування для клієнтів, враховуючи загальну кількість сеансів у поєднанні з відсутністю призначень між сеансами. Економічна доцільність також важлива з точки зору клініциста. Наприклад, якщо суттєво менше клієнтів відмовляється від ПЕТ порівняно з іншими травмафокусованими методами лікування, може бути краще використовувати ПЕТ, щоб забезпечити достатню тривалість лікування та надання адекватної дози лікування. Для спеціаліста з питань психічного здоров'я методи лікування першої лінії посттравматичного стресового розладу можуть зайняти багато часу, враховуючи кількість навчання та супервізій, необхідних для отримання сертифікату з цих методів лікування (наприклад, Karlin et al., 2010). Крім того, клініцистам потрібен певний час на підготовку перед кожним сеансом під час проведення ПЕ та КПТ. Це може включати створення копій посібника, необхідного для майбутньої сесії, та перегляд вмісту попередньої сесії. Що стосується підготовки до сесій лікування ПЕТ, клініцист повинен прочитати розповідь про травму, завершену під час останнього сеансу, щоб він чи вона могли надати зворотний зв'язок для наступного сеансу; ця підготовка зазвичай вимагає приблизно 5 хвилин. Крім того, початкове навчання та подальша супервізія для ПЕТ є мінімальними (Sloan та ін., 2016); на противагу цьому, початкове навчання та подальші консультації для ПЕ та КПТ є обширними (Karlin et al., 2010).

Майбутні напрямки

З огляду на те, що ПЕТ виконується за сценарієм і існує менше взаємодії терапевта з клієнтом, ніж у ПЕ, КПТ та інших травмафокусованих методах лікування, можна припустити, що неклініцисти або парапрофесіонали можуть проводити втручання. Це важливе питання, яке необхідно розглянути, оскільки в кожному з досліджень, проведених на сьогодні, брали участь терапевти, які мають принаймні ступінь магістра психології, але частіше мають ступінь доктора клінічної психології. Крім того, терапевти мали загальний досвід травмафокусованого лікування. Враховуючи велику кількість осіб, які потребують послуг з лікування, багато з яких не звертаються до психіатричних клінік для лікування (Каздін, 2017), важливо визначити методи лікування, які можуть бути легко поширені та впроваджені різними професіоналами. Наразі ми не маємо інформації про рівень підготовки та досвід, необхідні для успішного впровадження ПЕТ, але це важливе питання для вивчення.

Ще один важливий напрям для майбутніх розслідувань – це отримання інформації про впровадження ПЕТ. Було б цінно знати, коли і чому клініцисти в різних умовах обирають використовувати ПЕТ. Крім того, знання того, як і для чого клініцисти можуть модифікувати втручання, надасть цінну інформацію з точки зору розуміння того, як лікування може використовуватися в звичайних медичних закладах та способу, у який зміни в протоколі вважаються необхідними. Такі зміни в звичайних медичних закладах можуть призвести до більшої ефективності лікування.

Можна припустити, що ПЕТ можна використовувати як телемедичне лікування. Однак, як ми вже описували, наш досвід роботи з версією протоколу ПЕТ для телемедицини вказує на те,

що ПЕТ може погано працювати за межами клініки. Тим не менш, слід присвятити додаткову роботу дослідженню ПЕТ як телемедичного лікування, враховуючи критичну потребу охопити більшу кількість осіб, які потребують лікування травм. Одним із способів успішного віддаленого надання ПЕТ є використання відеотелеконференцій. Якщо клініцист зможе залишатися на зв'язку з клієнтом через відеоконференцію, поки він чи вона завершують свою розповідь, тоді може бути краще дотримання лікування, ніж те, що ми спостерігали раніше, використовуючи телефонні дзвінки для моніторингу прихильності учасників.

Використання ефективного та легкого в застосуванні лікування посттравматичного стресового розладу також є привабливим для клінік первинної медичної допомоги. Відсоток ПТСР серед клієнтів, які звертаються за послугами первинної медичної допомоги, вищий, ніж у загальній популяції (Spottswood, Davydow, & Huang, 2017). Примітно, що люди з посттравматичним стресовим розладом частіше звертаються до закладів первинної медичної допомоги, ніж до психіатричних клінік (Kazdin, 2017). Таким чином, важливо лікувати цих клієнтів від посттравматичного стресового розладу в закладах первинної медичної допомоги. У таких умовах неможливо забезпечити довготривале лікування посттравматичного стресового розладу. Однак, враховуючи його стислість, протокол ПЕТ може бути ідеальним лікуванням для використання в закладах первинної медичної допомоги.

Усвідомлюючи необхідність розширення охоплення лікуванням психічного здоров'я, ми співпрацюємо з доктором Треєм Ендрюсом III з Університету Небраски, який створив перекладену іспанською мовою версію протоколу ПЕТ. Зараз доктор Ендрюс перевіряє ефективність перекладеної на іспанську мову версії ПЕТ на вибірці іспаномовних жінок, які постраждали від насильства в сім'ї, і поки що результати виглядають обнадійливо. Ми з нетерпінням чекаємо остаточних результатів, коли дослідження буде завершено.

Розділ 3. Діагностика ПТСР перед початком ПЕТ

Перед проведенням письмової експозиційної терапії (ПЕТ) клініцист повинен спочатку визначити, чи є у клієнта посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), чи можливо є ще інші психіатричні захворювання, та чи є ПЕТ відповідним лікуванням. У цьому розділі ми описуємо, як створити відповідну послідовність оцінки ПТСР, описуємо багато важливих міркувань, які можуть вплинути на рішення використовувати ПЕТ, і обговорюємо важливість моніторингу прогресу клієнта протягом усього курсу ПЕТ. Наше обговорення в цьому розділі оцінки в контексті протоколу ПЕТ не має на меті бути вичерпним у оцінці всіх інструментів, доступних для оцінки ПТСР. Швидше, мета полягає в тому, щоб забезпечити евристичну структуру, яку клініцистам може бути корисно використовувати при виборі інструменту або набору інструментів для клінічних цілей.

Оцінка перед початком лікування

Оцінка ПТСР

Хоча значна увага приділяється визначенню методів лікування ПТСР, набагато менше уваги приділяється ролі діагностичної оцінки в успішному лікуванні ПТСР. Ретельна оцінка має вирішальне значення для визначення відповідного лікування (наприклад, лікування посттравматичного стресового розладу або ж депресії), моніторингу прогресу лікування та визначення необхідності додаткового лікування. При цьому важливо пам’ятати, що всі інструменти для оцінки мають свої обмеження. Кілька добре розроблених і психометрично обґрунтованих шкал самооцінки та інтерв’ю доступні для оцінки наявності та тяжкості ПТСР. Вибираючи, які з інструментів використовувати, необхідно враховувати сильні сторони та обмеження доступних інструментів оцінки, ступінь продемонстрованої клінічної корисності (наприклад, час, економічна доцільність), а також психометричні властивості (тобто, надійність, валідність, типи вибірок на яких були нормовані інструменти, граничні бали для підтвердження результату).

Оскільки діагноз посттравматичного стресового розладу вимагає впливу травматичної події, вплив таких подій слід спочатку оцінити. Подібним чином, оскільки ПЕТ потребує написання клієнтом про травматичний досвід, який надзвичайно засмучує і безпосередньо пов’язаний із наявними у нього симптомами, історія контакту з принаймні однією такою подією є необхідною. Для оцінки впливу різних потенційно травматичних подій доступні численні інструменти самооцінювання. Хорошим прикладом такого інструмента є Контрольний список життєвих подій (LEC-5; Weathers et al., 2013b) для Діагностичного та статистичного посібника психічних розладів, п’ятого видання (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013), який збирає інформацію про вплив на людину 16 подій, які, як відомо, потенційно можуть

призвести до посттравматичного стресового розладу, і включає один додатковий пункт, що оцінює будь-яку іншу надзвичайну стресову подію, не враховану в перших 16 пунктах. Респонденти вказують різні рівні впливу кожного типу потенційно травматичної події за 6-бальною номінальною шкалою, і вони можуть відмічати різні типи впливу (наприклад, безпосередній досвід, спостереження) того самого типу травми. LEC-5 не дає загальних балів або комбінованих балів і часто використовується в поєднанні з іншими показниками (наприклад, CAPS-5; Weathers et al., 2013a), щоб визначити, чи відповідає респондент Критерію A для ПТСР (критерій стресора).

Структуровані діагностичні інтерв'ю з добре підготовленим клініцистом вважаються золотим стандартом діагностики посттравматичного стресового розладу та тяжкості його симптомів. Розроблена Національним центром посттравматичних стресових розладів (Blake et al., 1990; Weathers et al., 2013a), шкала посттравматичного стресового розладу, керована клініцистами (CAPS), є одним із найпоширеніших структурованих інтерв'ю для діагностики та вимірювання тяжкості посттравматичного стресового розладу (Weathers, Keane & Davidson, 2001). Цей показник також має сильні психометричні властивості (Weathers et al., 2018). CAPS спочатку було розроблено для четвертого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-IV; Американська психіатрична асоціація, 1994), а оновлену версію було розроблено для п'ятого його видання (DSM-5; Американська психіатрична асоціація, 2013; CAPS-5). За допомогою CAPS-5 оцінюються частота та інтенсивність симптомів, а потім об'єднуються для отримання однієї загальної оцінки тяжкості для кожного пункту. CAPS-5 сприяє стандартизованому застосуванню та підрахунку балів за допомогою ретельно сформульованих запитань-підказок і чітких прив'язок до рейтингової шкали з чіткими поведінковими орієнтирами. CAPS-5 має версії за останній тиждень, останній місяць і найгірший місяць (за все життя). Тривалість проведення становить приблизно від 30 до 60 хвилин, залежно від ступеня того, наскільки респондент повідомляє про симптоми.

Ми усвідомлюємо, що постачальники послуг не завжди можуть мати час або підготовку, необхідну для проведення CAPS-5 під час визначення наявності та тяжкості ПТСР. У таких випадках клініцистам слід подумати про те, як найкраще діяти, тому що хороша, ретельна оцінка симптомів ПТСР перед початком лікування зазвичай необхідна, щоб визначити, чи показане лікування. Крім того, оцінка є обов'язковою, щоб знати, на якій травматичній події зосередитися під час лікування та чи отримав клієнт якусь користь після лікування.

У випадках, коли неможливо чи не практично проводити CAPS-5, клініцистам слід спочатку розглянути можливість використання інших, менш інтенсивних за часом інструментів інтерв'ювання, таких як модуль посттравматичного стресового розладу зі структурованого клінічного інтерв'ю для DSM-5 (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2016), щоб переконатися, що всі діагностичні критерії опитуються належним чином. У деяких інших випадках можна використовувати інструменти самооцінювання, які проводяться зі вказівкою прив'язати всі симптоми до конкретного травматичного стресора. Після того, як клієнт заповнив інструмент самооцінювання, клініцист повинен приділити деякий час, щоб разом з ним або нею переглянути відповіді клієнта та за потреби запитати роз'яснення. Навіть за такого більш

ретельного підходу інструменти самооцінювання здатні надати лише попередній діагноз посттравматичного стресового розладу, який слід підтверджувати, коли це можливо, більш ретельним методом оцінки. Більшість, якщо не всі, інструменти самооцінки посттравматичного стресового розладу ставлять запитання подібним чином, використовують подібні рейтингові шкали та мають надійні психометричні властивості: та все ж ми рекомендуємо клініцистам враховувати доступні психометричні дані для популяції, на якій вони будуть використовуватися. Роблячи це, клініцисти максимізують точність і ефективність обраного інструменту. Хоча інструменти самооцінювання можна використовувати для оцінки тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу та надання попереднього діагнозу посттравматичного стресового розладу за браком часу та ресурсів, вони можуть бути більш вразливими до упередженості відповідей, ніж діагностичні інтерв'ю.

Однак ми описуємо один психометрично обґрунтований і широко використовуваний інструментів самооцінювання для посттравматичного стресового розладу. Розроблений дослідниками з Національного центру посттравматичного стресового розладу (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993), Контрольний список посттравматичного стресового розладу (PCL) — це інструмент самооцінювання симптомів посттравматичного стресового розладу для самостійного оцінювання, який найчастіше використовується у сфері роботи з травмою. Ця шкала була нещодавно переглянута, щоб відобразити схему діагностичних симптомів у DSM-5 (PCL-5; Weathers, Litz та ін., 2013). Різні процедури підрахунку балів можуть бути використані для отримання вимірювання тяжкості симптомів або дихотомічного показника діагностичного статусу. Дихотомічні методи оцінки включають загальну граничну оцінку, підхід кластерної оцінки симптомів або комбінацію обох. Респондентів просять оцінити за шкалою Лайкерта «наскільки кожна проблема їх турбувала» протягом останнього місяця. За потреби часові рамки можна скоригувати відповідно до цілей оцінювання. Вимірювання вимагає приблизно від 5 до 10 хвилин для завершення та має сильні психометричні властивості (наприклад, Bovin et al., 2016).

На момент написання цієї статті ми не знаємо про жодні перевірені діагностичні інструменти чи інструменти самооцінювання, які б відповідали виключно діагностичним критеріям для ПТСР і комплексного ПТСР Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2018 р). Це є проблемою для клініцистів, які використовують діагностичні критерії МКХ-11. До тих пір, поки такі інструменти не розроблено та не валідовано, ми рекомендуємо використовувати інструменти для DSM-5, як це передбачено їх розробниками, а потім відповідно використовувати отриману інформацію.

Оцінка психіатричної коморбідності

Наявність одного або кількох супутніх із ПТСР захворювань може ускладнити планування лікування. Одночасна наявність симптомів посттравматичного стресового розладу з такими станами, як депресія, розлади вживання психоактивних речовин, постконтузійний синдром і тривожні розлади, вимагає ретельної оцінки, щоб точно віднести індивідуальні симптоми до конкретного розладу та визначити найкращий курс лікування. Комплексні діагностичні процедури, які спираються на структуровані або напівструктуровані діагностичні інтерв'ю,

полегшують ідентифікацію та діагностику супутніх захворювань, які можна включити до плану лікування. Без належної додаткової оцінки інших супутніх розладів наявність певних характерних симптомів ПТСР, таких як нічні кошмари, дисоціативні спогади, перебільшений переляк або підвищена настороженість, може змусити клініцистів не помітити можливість того, що наявність додаткових розладів може бути важливою для визначення найкращого курсу лікування. Неадекватна оцінка супутніх захворювань також може призвести до неправильного визначення цілей лікування. Хоча поточні рекомендації з клінічної практики загалом рекомендують лікувати посттравматичний стресовий розлад і супутні психічні захворювання, лікування посттравматичного стресового розладу може бути потрібно відкласти, або може знадобитися перенаправлення до спеціальної медичної допомоги для осіб з високим рівнем суїцидальності або серйозними супутніми розладами (наприклад, важкі розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами, активні психотичні розлади; Робоча група з управління посттравматичним стресовим розладом, 2017 р). Таким чином, глибоке розуміння цих супутніх психіатричних станів та їх проявів у клінічній картині ПТСР є дуже важливим.

Численні діагностичні інтерв'ю та інструменти самооцінки можуть бути використані для оцінки психіатричної супутньої патології, і розгляд їх виходить за рамки цієї книги. Однак деякі інструменти, які часто використовуються, включають Структуроване клінічне інтерв'ю для DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5, First та ін., 2016), Опитувальник здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire, Kroenke & Spitzer, 2002), Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II, Beck, Steer, & Brown, 1996) і Реструктурована форма Міннесотського багатофазного особистісного інструмента (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- Restructured Form, Ben-Porath & Tellegen, 2011). Клініцисти повинні завжди вибирати додаткові інструменти належним чином і відповідно до того, як вони мали б використовуватися.

Під час проведення оцінки слід також оцінити низку особливостей клінічної презентації, які допоможуть визначити найкращий курс лікування та потенційні проблеми, які можуть виникнути під час проведення ПЕТ.

Фактори, які можуть вплинути на концептуалізацію випадку та планування лікування

Тип травми

Люди можуть переживати широкий спектр потенційно травматичних подій. Наприклад, участь у бойових діях, сексуальне насильство чи автомобільна аварія кваліфікуються як потенційні події за Критерієм А, враховуючи реальну або загрозливу смерть, серйозні травми або сексуальне насильство. Однак ступінь вираженості певних симптомів посттравматичного стресового розладу серед тих, хто пережив ці різні переживання, може мати важливі наслідки для концептуалізації випадку та планування лікування. Наприклад, почуття провини тих, хто вижив, може бути вираженим у ветерана бойових дій, дисоціативні симптоми можуть бути

більш імовірними у жертви сексуального насильства, а умовний страх перед керуванням може бути серйозною проблемою для особи, яка пережила автомобільну аварію. Ці диференціальні аспекти окремих випадків посттравматичного стресового розладу можуть бути особливо цінними для концептуалізації випадку та розуміння того, як клієнт може відреагувати на сесії письма в протоколі ПЕТ або на окремі аспекти травми, на яких клієнту треба буде зосередитися під час написання. На сьогоднішній день немає доказів того, що ПЕТ працює краще для людей, що пережили якийсь конкретний тип травми(Marx, Sloan, Lee, & Resick, 2017). Під час нашої роботи з ПЕТ ми помітили, що ПЕТ однаково добре працює для людей, які зазнали різноманітних травм, включно з тими, чия травма включає численні події (наприклад, сексуальне насильство в дитинстві, військові дії). Як ми описуємо в дослідженні в Розділі 6, ПЕТ було успішно проведено з клієнтами, які зверталися з дисоціативними симптомами та коли почуття провини було помітною рисою презентації клієнта.

Фактори розвитку

Незважаючи на відсутність доказів впливу віку на лікування (наприклад, Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008), вікові змінні важливі для концептуалізації випадку та планування лікування. 30-річний дорослий, який звертається за лікуванням посттравматичного стресового розладу, вторинного до сексуального насильства в дитинстві, яке сталося у віці 10 років, ймовірно, буде мати зовсім інші прояви, ніж 40-річний дорослий, який звертається за лікуванням сексуального насильства, яке сталося у віці 20 років. В обох випадках минуло 20 років після травми; однак особа, яка стала жертвою насильства у віці 10 років, ймовірно, впоралася, використовуючи стратегії, які були придатними для рівня розвитку дитини (принаймні спочатку), тоді як особа, яка стала жертвою насильства у віці 20 років, імовірно, впоралася, використовуючи стратегії, які були придатними для рівня розвитку молодої дорослої людини. Такі фактори розвитку можуть мати значний вплив на те, як кожна людина спочатку обробила травму, як він або вона продовжує її переживати (наприклад, специфічні дисоціативні симптоми), і як він або вона може писати про неї під час сесій письма.

Тривалість часу, що пройшов із моменту травми також може мати значення з точки зору запам’ятовування деяких деталей того, що сталося. Хоча спогади про центральні аспекти травматичного досвіду зазвичай залишаються недоторканими, а спогади про травму, як правило, сильніші, ніж спогади про більш повсякденний досвід у людей, що пережили травму, вони досить часто забувають периферійні, часто несуттєві деталі досвіду. Погану пам’ять щодо цих менш важливих деталей не слід плутати з уникненням нагадувань про травму, і клініцист повинен працювати з клієнтом, щоб визначити, які деталі є найбільш доречними і, отже, на яких потрібно зосередитись під час сесій письма, а які деталі є менш критичними для процесу написання. Протокол ПЕТ потребує, щоб особа пам’ятала важливі деталі події та могла надати ці деталі терапевту в письмовій формі. Це нормально, якщо клієнт не пам’ятає деяких менш важливих деталей, таких як точна дата й час, коли сталася подія, імена інших присутніх або те, що сталося одразу після події. Іноді забування деталей справді може вказувати на активні спроби з боку клієнта уникнути нагадувань про травму. У цих випадках

уважна, ретельна оцінка може допомогти клієнту пригадати важливі аспекти травми. У випадках, коли клієнт продовжує мати прогалини в пам'яті навіть після ретельної оцінки, ми помітили, що ці прогалини часто заповнюються, коли клієнт пише про свій досвід. Ступінь, до якого раніше не згадані деталі, які заповнюються під час написання, є точними, може бути незрозумілим як клініцисту, так і клієнту. Однак клініцистам не варто надто хвилюватися через це. Ми помітили, що цих клієнтів зазвичай більше турбує їхня нездатність пригадати ці деталі, ніж занепокоєння щодо точності деталей, які вони згодом надають, і вони відчувають деяке полегшення від простої можливості закрити прогалину в пам'яті. Клініцисти повинні зважити переваги полегшення, яке забезпечує усунення цієї прогалини в пам'яті, з точністю цих нещодавно згаданих деталей.

Культурні міркування

Здатність до узагальнення методів, що використовуються для оцінки посттравматичного стресового розладу, є функцією кількох особливостей середовища, де проводиться оцінювання та характеристик клієнта. Культура, мова, раса, вік і стать є факторами, які можуть впливати на використання та інтерпретацію результатів як структурованих діагностичних інтерв'ю, так і інструментів самооцінювання. Увага до цих змінних має важливе значення для визначення наявності чи відсутності ПТСР.

Ми рекомендуємо клініцистам брати до уваги вибірки, на яких було перевірено інструмент оцінки ПТСР під час вибору інструменту для оцінки. Потреба в розробці культурно чутливих інструментів викликає великий інтерес протягом багатьох років через документування етнокультурно специфічних реакцій на травматичні події. Наприклад, дослідники надали докази відмінностей у повідомленому ризику та тяжкості симптомів ПТСР у представників європеоїдної раси та етнічних меншин після травматичної події (Alcántara, Casement, & Lewis-Fernández, 2013; Roberts, Gilman, Breslau, Breslau, & Koenen). , 2011). Крім того, поширеність посттравматичного стресового розладу у всьому світі значно відрізняється. Навіть у країнах ,що розвиваються, із однаково низьким рівнем доходу, які відновлюються після конфлікту (які мають високий рівень травматичних подій та факторів вразливості), поширеність посттравматичного стресового розладу значно відрізняється (de Jong та ін., 2001), що свідчить про важливість розгляду унікальних контекстуальних факторів у розробці та використанні інструментів оцінки ПТСР.

На сьогодні доказові методи психологічної оцінки посттравматичного стресового розладу розвивалися в основному в контексті західних, розвинутих і промислових країн. Таким чином, оцінка посттравматичного стресового розладу може бути обмежена відсутністю культурно чутливих інструментів і надзвичайною різноманітністю культурних груп, що представляють інтерес (Marques, Robinaugh, LeBlanc, & Hinton, 2011). Проте є прогрес у розробці культурно чутливих інструментів. Наприклад, CAPS було досліджено з відмінним успіхом серед культурно різноманітних груп (наприклад, Charney & Keane, 2007).

Використання даних оцінки для визначення того, чи підходить ПЕТ вашому клієнту

Визначивши, що симптоми посттравматичного стресового розладу клієнта мають бути фокусом лікуванні, клініцисти повинні ретельно вивчити додаткові дані, отримані під час оцінки, щоб визначити, чи є ПЕТ підходящим методом лікування. Як зазначалося раніше, ми не рекомендуємо використовувати ПЕТ із клієнтами, які пережили травму, про яку вони не пам’ятають, або пам’ятають лише дуже розмито деталі події (наприклад, травма в ранньому дитинстві, про яку вони не пам’ятають і лише усвідомлюють, що сталася травма через розповіді інших). Для тих клієнтів, які перебували без свідомості протягом частини всієї травмівної події (наприклад, втратили свідомість внаслідок травми голови, втратили свідомість від певних речовин), клініцисти можуть використовувати ПЕТ, щоб зосередитися на частинах події, які вони пам’ятають. Як згадувалося раніше, у цих випадках не є незвичайним для таких клієнтів заповнювати прогалини в пам’яті, коли вони описують спогад у письмовій формі, особливо якщо ці прогалини були створені хронічним уникненням спогадів про травму.

Відповідно до вказівок щодо інших травмафокусованих методів лікування, ми не рекомендуємо використовувати ПЕТ, якщо існує ризик триваючої травми, наприклад, домашнього насильства. У таких ситуаціях важливіше передусім забезпечити безпеку клієнта. Коли клієнт вийшов із небезпечної ситуації, він або вона може почати лікування.

Ми також були б обережними щодо використання ПЕТ із клієнтами, які висловили серйозні застереження щодо зіткнення зі своїми спогадами про травму. У таких випадках клініцисту варто проявити співпереживання клієнту, продемонструвати, що він або вона розуміє небажання, і пояснити чому продовження уникання цих спогадів лише закріпить страждання клієнта і як зіткнення зі спогадом у спосіб, описаний протоколом ПЕТ, зрештою буде корисним. Якщо клієнт продовжує опиратися або неохоче погоджується, але потім демонструє ухиляння протягом перших кількох сесій лікування, не дотримуючись письмових інструкцій або не відвідуючи терапевтичні сеанси, тоді клініцист і клієнт повинні обговорити, можливо кращим рішенням буде внести зміни і спробувати не травмафокусоване лікування, наприклад терапію, орієнтовану на сьогодення.

Ми не рекомендуємо використовувати ПЕТ, якщо клієнт не може писати основною мовою клініциста. Клініцист повинен мати можливість зрозуміти розповідь про травму, щоб переконатися, що інструкції дотримуються. Крім того, клієнт повинен бути в змозі зрозуміти обґрунтування лікування та інструкції для написання, щоб лікування принесло користь.

Якщо посттравматичний стресовий розлад не є основною проблемою або діагнозом, що спричиняє порушення, тоді слід розглянути лікування, спрямоване на основну проблему. Після вирішення основної проблеми, доцільність ПЕТ можна переглянути, якщо клієнт продовжує повідомляти, що симптоми посттравматичного стресового розладу спричиняють порушення, навіть після того, як основну проблему було вирішено. За тим же принципом, ПЕТ

може бути корисною у випадках, коли клієнт має деякі, але не всі необхідні діагностичні критерії DSM-5 або ICD, щоб підтвердити діагноз ПТСР. Дійсно, особи з частковими проявами або субдіагностичним посттравматичним стресовим розладом відчувають значний дистрес і дисфункцію і можуть отримати користь від лікування. ПЕТ може бути ідеальним лікуванням для таких людей через свою стислість.

Немає жодних доказів того, що інші травмафокусовані методи лікування не повинні надаватися клієнтам із одночасними суїцидальними думками, вживанням психоактивних речовин, депресією, розладами II осі або складними проявами ПТСР (De Jongh et al., 2016; Gradus, Suvak, Wisco). , Marx, & Resick, 2013; van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012), і це також стосується ПЕТ. Ці поширені супутні стани можуть бути спричинені наявністю посттравматичного стресового розладу. Таким чином, лікування ПТСР може також лікувати ці супутні захворювання (van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015). Однак, як зазначалося раніше, якщо клієнт має серйозний розлад, пов’язаний із вживанням психоактивних речовин, або є активно психотичним, ці проблеми слід вирішити перед початком ПЕТ. Після стабілізації стану клієнта можна застосовувати ПЕТ. Подібним чином, якщо визначено, що клієнт має високий ризик суїциду або становить неминучу небезпеку для оточуючих, ці проблеми слід спочатку вирішити шляхом або госпіталізації, або розробки належного плану управління ризиками (Bryan et al., 2018).

Наявність дисоціативних симптомів не повинна автоматично утримувати клініциста від використання ПЕТ. Однак, якщо дисоціативні симптоми є більш серйозними, ніж симптоми ПТСР, і спричиняють більше перешкод, тоді лікування дисоціативних симптомів або розладів повинно мати перевагу над лікуванням ПТСР.

Оцінювання у процесі ПЕТ

Після того, як клініцист визначив, що у клієнта є посттравматичний стресовий розлад, і вирішив використовувати ПЕТ для лікування цього розладу, важливим є постійний моніторинг симптомів протягом усього курсу лікування. Оцінюючи симптоми ПТСР під час лікування, клініцист може визначити, чи лікування діє. Щотижнева оцінка симптомів посттравматичного стресового розладу є ідеальною, оскільки клініцист може відстежувати зміни симптомів (посилення або зменшення) і використовувати інформацію, щоб надати клієнту додатковий зворотній зв'язок у ході лікування. Короткі самозвітні інструменти, які не перевантажують клієнта, такі як PCL-5, ідеально підходять для моніторингу прогресу лікування щотижня.

Оцінка під час лікування також може допомогти клініцисту оцінити рівень залученості клієнта. Клієнти, які отримують ПЕТ, часто повідомляють про легке загострення симптомів після першого сеансу письма, і ми зазвичай розглядаємо це легке загострення як доказ залученості до лікуванні. Може бути кілька пояснень того, чому у клієнта може не спостерігатися посилення симптомів під час перших сесій ПЕТ. Одним із можливих пояснень може бути те, що клієнт не повністю залучений до лікування, або через те, що це надто болісно (наприклад, старанне уникнення), або тому, що він або вона не може залучитися через дисоціативні або інші гальмівні процеси. Якщо клієнт насправді не залучений, це важлива інформація для

клініциста. Цю інформацію можна отримати лише шляхом оцінки, яка проводиться під час лікування.

На додаток до оцінки ПТСР під час лікування, оцінка дистресу під час сеансу лікування також може надати важливу інформацію. Наприклад, ми зазвичай використовуємо шкалу суб'єктивних одиниць дистресу (SUDS; Wolpe, 1958) для оцінки залученості клієнта та/або дистресу до та після частини написання розповіді на сесії ПЕТ. Найчастіше SUDS – це шкала від 0 до 100 для вимірювання суб'єктивної інтенсивності занепокоєння чи дистресу, які зараз відчуває особа. Коли вона використовується в рамках протоколу ПЕТ, клініцист пропонує клієнту надати оцінку SUDS на початку та в кінці кожного сеансу письма. Як буде описано в наступному розділі, значне зниження оцінки за шкалою SUDS від першої до останньої сесії ПЕТ суттєво пов'язане з успішним результатом лікування ПТСР (тобто значним зменшенням симптомів ПТСР).

Оцінка наприкінці лікування

Оцінка результатів наприкінці лікування повинна завершити цикл лікування для клініциста та клієнта шляхом оцінки діагностичних змін між результатами до лікування та після лікування та визначення проблемних зон, що залишилися. В ідеалі клініцист і клієнт повинні повторити початкову діагностичну процедуру, яка проводилася перед початком лікування, щоб визначити ступінь зміни частоти та тяжкості симптомів. Оцінка після лікування також може надати інформацію про симптоми або стани, такі як депресія, які можуть потребувати додаткового втручання. Симптоми депресії нерідко суттєво зменшуються під час проходження ПЕТ (Thompson-Hollands та ін., 2018), тривога та вживання психоактивних речовин також зазвичай зменшуються під час лікування ПТСР. Однак, якщо суттєві супутні симптоми зберігаються, незважаючи на ефективність лікування посттравматичного стресового розладу, клініцист повинен розглянути наступну цільову сферу (сфери).

Підсумки

Ми обговорили діагностичну оцінку посттравматичного стресового розладу з метою визначення наявності та тяжкості посттравматичного стресового розладу, а також того, чи є ПЕТ підходящим варіантом лікування, а також включення найкращих практик в оцінку посттравматичного стресового розладу. Ми також зробили акцент на клінічній доцільності використання цих заходів.

Що стосується оцінки для встановлення діагнозу, ми наголошуємо на важливості чіткої ідентифікації події за Критерієм А, з якою пов'язані подальші підтвердження симптомів. Ми також рекомендуємо застосовувати структуровані чи напівструктуровані діагностичні інтерв'ю, коли це можливо, зокрема ті, які оцінюють частоту та інтенсивність симптомів, наприклад CAPS-5. Для цілей концептуалізації випадку та планування лікування ширша оцінка контекстуальних факторів, включаючи супутню психіатричну патологію та вплив інших потенційно травматичних подій, надає цінну додаткову інформацію. Крім того, ми

рекомендуємо проводити регулярні короткі оцінки симптомів з метою моніторингу лікування та повторну діагностичну оцінку наприкінці ПЕТ, щоб визначити, чи було лікування корисним і чи слід націлитися на додаткові сфери симптомів.

Розділ 4. Проведення ПЕТ та особливі міркування

Як було описано раніше, письмова експозиційна терапія (ПЕТ) складається із п’яти сесій; для завершення першої сесії потрібно приблизно 60 хвилин, а для решти чотирьох сесій потрібно приблизно по 40 хвилин. Протокол лікування міститься в додатку до цієї книги. Матеріал у додатку надається клієнтам під час проходження ПЕТ. Цей додаток містить інформацію, яка зачитується клієнтам під час кожної сесії. Ми надаємо клієнтам письмові інструкції, щоб вони могли звертатися до них під час кожної сесії, коли вони завершать написання, і всі матеріали сесій доступні клієнтам після закінчення лікування. Таким чином, лікування може стати інструментом копінгу, який клієнти зможуть використовувати в майбутньому, якщо виникне така потреба. У цьому розділі ми повторюємо сценарій кожної сесії, щоб структура та зміст кожної сесії були зрозумілими, а також інструкції щодо того, що робити до та після того, як сценарій буде прочитано клієнту. У цьому розділі також містяться вказівки щодо того, як представити лікування та як впоратися з потенційними проблемами, які можуть виникнути під час впровадження лікування.

Структура терапії

Перш ніж описувати особливості проведення кожної сесії, важливо надати загальну інформацію про структуру терапії.

Дослівне читання інструкцій клієнтам із письмового сценарію

Як описано в розділі 2, ПЕТ є продуктом років ретельних досліджень і розробок. Цей напрямок роботи призвів до дуже точного та оптимізованого методу надання протоколу лікування. Таким чином, дуже важливо, щоб інструкції для кожного сеансу письма читалися клієнту дослівно. Інструкції не можна змінювати або перефразовувати. На додачу до забезпечення того, що ПЕТ проводиться належно, дослівне читання інструкцій гарантує, що кожен клієнт отримає лікування однаково стандартизованим способом.

Дотримання процедур підвищує ймовірність успіху. Однак формулювання можна дещо змінити, щоб зробити його більш конкретним для клієнта. Наприклад, замість того, щоб казати «травматична подія», клініцист має вказати конкретну подію, яку клієнт визначив як фокус лікування (наприклад, сексуальне насильство, автомобільна аварія). Так само, описуючи сцени та звуки, пов’язані з подією, клініцист повинен використовувати приклади, які клієнт описав у зв’язку зі своїм досвідом травми, а не загальні приклади в сценарії.

Важливість писання протягом повних 30 хвилин під час кожної сесії

Клініцист повинен підкреслити, що письмо працює найкраще, коли людина дотримується інструкцій, повністю бере участь у письмі та пише протягом повних 30 хвилин, які їй

відведено. У малоймовірному випадку, коли клієнт виконає письмове завдання до закінчення часу написання, йому або їй слід нагадати почати написання розповіді заново, починаючи з початку. Часто люди згадують більше деталей травми, продовжуючи писати, і клієнти часто коментують, що 30 хвилин пролетіли швидше, ніж вони очікували. Тим не менш, немає причин для того, щоб людина припинила писати раніше відведених 30 хвилин. Крім того, не дозволяється робити перерви під час письма, і клієнта слід попросити вимкнути всю особисту електроніку (наприклад, мобільні телефони, годинники Apple, планшети, ноутбуки) і усунути всі відволікаючі фактори (наприклад, не слухати музику під час письма). Мета полягає в тому, щоб повністю зосередитися на написанні протягом усіх 30 хвилин, присвячених розповіді про травму.

Контекст наративного письма

У наших дослідженнях ефективності ПЕТ ми залишали клієнтів наодинці, поки вони писали. Однак це часто неможливо або навіть не дозволено в деяких клінічних закладах. У таких випадках для терапевта цілком прийнятно залишатися в кімнаті з клієнтом під час написання. Це може бути навіть корисно для того, щоб переконатися що клієнт повністю зосереджений на написанні, замість того, щоб перевіряти мобільний телефон, надягати навушники, щоб слухати музику під час письма, або просто припиняти писати раніше відведених 30 хвилин. Однак, якщо клініцист залишається в кімнаті, клієнта слід проінструктувати не припиняти писати, щоб поговорити з клініцистом. Клініцист може повідомити клієнта, що буде зайнятим паперовою роботою або іншою діяльністю, поки клієнт пише, і також буде повертатися до клієнта спиною, щоб спокійно працювати. Клініцист повинен бути обережним, щоб не створювати занадто багато шуму (наприклад, використовуючи клавіатуру комп'ютера), який би відволікав клієнта. Головним є підкреслити, що клієнт повинен бути повністю зосереджений на написанні, навіть якщо клініцист залишається в кімнаті.

В ідеалі у клієнта буде стіл, на якому можна писати; планшета також буде достатньо. Також клієнту слід надати кілька аркушів розлінійованого паперу та ручку. Клініцист має стежити за часом і повідомляти клієнта, що він або вона буде робити це, щоб клієнт не стежив за часом під час письма.

Інтервал між сесіями

У нашій ранній роботі над експресивним письмом ми дотримувалися протоколу Пеннебейкера та Білла (1986), який вимагає від учасників писати кілька днів поспіль. Хоча цей графік добре спрацював з учасниками нашого дослідження, цей підхід відрізняється від типової клінічної практики, коли клієнти зустрічаються зі своїми терапевтами раз на тиждень протягом 50 хвилин. Відповідно до цього, ми проводили всі наші дослідження ефективності ПЕТ, використовуючи щотижневі сесії. Виходячи з результатів нашої роботи на сьогоднішній день, ми рекомендуємо, щоб терапевти, які використовують ПЕТ, проводили це в контексті щотижневих або навіть частіших сесій (наприклад, двічі на тиждень) зі своїми клієнтами. Менш часті сесії ПЕТ можуть не забезпечити оптимальних умов для зміни в симптомах. Лікарі також повинні наголошувати на важливості регулярного відвідування сесій своїм клієнтам.

Скасування та неявка подовжить тривалість курсу лікування, а також запобігатиме розвитку гальмівного навчання. Клієнти, яким потрібно перенести сесію, повинні спробувати зробити це на якнайшвидші дати (навіть протягом того самого тижня), щоб залишатися в потрібному ритмі для завершення ПЕТ за 5 тижнів. Загалом травмафокусовані методи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) найкраще працюють, коли клієнти регулярно відвідують сесії лікування (Guies do Suvak, Sloan, & Resick, 2016).

Вибір травматичної події

Як описано в Розділі 3, джерело симптомів ПТСР (тобто індексна подія) буде визначено разом із тяжкістю симптомів ПТСР у рамках протоколу оцінки. У випадках, коли у клієнта є чітка, дискретна подія, пов’язана із симптомами, його або її слід проінструктурувати писати про цей конкретний досвід під час усіх сесій письма. Зазвичай люди, які пережили травму, зазнали більше ніж однієї травми, а деякі травми, такі як сексуальне насильство в дитинстві або бойові дії, відбуваються протягом тривалого періоду часу, протягом якого кілька окремих досвідів можуть бути особливо засмучуючими. У таких випадках симптоми посттравматичного стресового розладу можуть бути пов’язані з різними подіями, і клієнтам може бути складно вибрати конкретну подію, на якій зосередитися під час написання, оскільки вони не можуть вирішити, який досвід найбільше засмучує їх (наприклад, «вони всі погані"). У таких випадках клініцист повинен тісно та старанно співпрацювати з клієнтом, щоб вибрати конкретний досвід, на якому зосередитися під час написання. Це базовано на тому, що наша попередня робота показує, що ПЕТ працює найкраще, коли людина пише про той самий конкретний досвід під час кожного сеансу письма.

Щоб вибрати конкретну подію, клієнти повинні подумати про досвід, який викликає у них найбільший дистрес або найбільш тісно пов’язаний із їхніми симптомами уникнення (тобто подія, про яку вони намагаються уникнути нагадувань найчастіше, або та, уникнути нагадувань про яку є найважче, незважаючи на їхні старання). Якщо клієнти повідомляють, що жодна окрема подія не виділяється для них, а натомість кілька подій є помітними, тоді клініцист повинен запитати, чи пам’ять про одну з цих подій особливо чітка; цю подію слід буде вибрати. Якщо кілька подій однаково яскраві, то можна вибрати будь-яку з них. Клієнтів також варто запевнити, що вони матимуть можливість написати про решту подій ширше на наступних сесіях.

Індексація рівнів дистресу

Як описано в Розділі 3, ми оцінюємо дискомфорт клієнта за допомогою Шкали суб’єктивних одиниць дистресу (SUDS; Wolpe, 1958) безпосередньо перед тим, як він або вона починає писати, і знову, відразу після того як письмо закінчується. Індексація рівня дистресу клієнта допомагає визначити, наскільки клієнти стурбовані перед кожним сеансом письма, наскільки вони зацікавлені під час сеансу письма та чи знижується рівень дистресу під час сесій ПЕТ. Дистрес клієнта оцінюється за шкалою від 0 до 100, де 0 означає відсутність дистресу (настільки розслаблений, щоб можна було заснути), а 100 означає найбільший дистрес, який людина коли-небудь відчувала у своєму житті. Важливо, щоб клініцист пояснив шкалу SUDS і

як визначати рівні під час першої сесії, щоб клієнт надав якнайкраще визначену оцінку свого дистресу. До і після першого сеансу написання високі оцінки SUDS не є незвичайними, і високі оцінки SUDS можуть продовжувати повідомлятися після завершення другого і, деколи, навіть третього сеансу.

Не турбуйтеся про високі оцінки SUDS безпосередньо перед початком першого сеансу написання. Такі високі рівні зазвичай відображають тривогу очікування перед першим зіткненням зі спогадом про травму. Оцінки SUDS на початку написання можуть залишатися високими на початку другої сесії, але поступове зниження повинне спостерігатися продовж п’яти сесій. Ми обговорюємо, як найкраще використовувати оцінки SUDS, коли описуємо процес звіряння після написання розповіді.

Сесія 1

Для клініциста корисно заздалегідь повідомити клієнта про те, що клініцист дослівно прочитає інструкції, щоб переконатися, що клієнт отримує лікування таким чином, як воно було заплановано. Клієнту слід повідомити, що клініцист спочатку надасть деяку загальну інформацію про симптоми посттравматичного стресового розладу, як утримуються симптоми посттравматичного стресового розладу та чому опис травматичного досвіду буде корисним для лікування посттравматичного стресового розладу. Наступний текст слід прочитати клієнту

> *Люди, які пережили травматичний досвід, часто переживають зміни у своїх фізичних реакціях, емоціях, думках та поведінці внаслідок цього досвіду.*
>
> *Приклади змін у фізичних реакціях можуть включати підвищену втомлюваність, нудоту (відчуття дискомфорту в животі), пітливість або озноб, шок, запаморочення, біль у грудях, утруднене дихання та оніміння.*
>
> *Приклади емоційних змін можуть включати підвищену нервозність, страх, горе, депресію, безнадійність, безпорадність, гнів, дратівливість, почуття пригніченості, провини та вразливості.*
>
> *Приклади змін у мисленні можуть включати посилення думок про те, що майбутнє не є світлим, труднощі із запам’ятовуванням речей, труднощі з прийняттям рішень, плутанину думок, труднощі зосередження, «флешбеки» або повторне переживання досвіду, кошмари, нав’язливі чи небажані думки, занадто багато думок одночасно, думки про самогубство та прогалини в пам’яті.*

вголос.

Приклади змін у поведінці можуть включати підвищений переляк, підвищену пильність, відстороненість від інших, надмірну залежність від інших, зміни апетиту, зміни сну, збільшення зловживання психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики, ліки), проблеми з емоційною або фізичною близькістю, нездатність довіряти або відчувати любов, апатію, втрату духовності, схильність до ризику та суїцидальні імпульси та поведінку.

Кожна людина може по-різному відчувати ці реакції. Деякі способи можуть бути знайомі вам, а інші – ні. Багато з цих реакцій стають частиною повсякденного життя людини, яка пережила травму, і не здаються йому чи їй чимось незвичним. Виділіть хвилинку, щоб подумати про симптоми, які я згадав/ла, і скільки з них ви пережили після травматичної події. Чи знайомі вам якісь із цих симптомів?

Запитання має на меті перевірити клієнта, щоб переконатися, що він або вона звертає увагу на те, що говорить клініцист, і розуміє те, про що йдеться. Клініцист не повинен брати участь у тривалій дискусії з клієнтом про симптоми, які він або вона відчуває. Потім терапевт читає наступний текст клієнту.

Те, яким чином людина, яка пережила травму, намагається впоратися зі своїми симптомами травми, зазвичай впливає на повсякденну діяльність. Якщо людина, яка пережила травму, має повторювані думки та спогади про травму, вона може спробувати уникнути їх, вживаючи речовини (алкоголь та/або наркотики), ставши трудоголіком, тримаючись подалі від інших людей та/або використовуючи гнів і агресивну поведінку для того, щоб або відволікти себе, або видалити будь-які нагадування про травму з поточних обставин. Ці стратегії можуть дати постраждалому короткочасне полегшення, але в довгостроковій перспективі можуть бути проблематичними з різних причин. Іншими словами, іноді спроба постраждалого вилікувати або впоратися з реакціями на травматичну подію сама по собі може стати проблемою.

Важливо відзначити, що підходи, які можна використовувати для роботи з нетравматичними подіями, не дуже добре працюють у випадку травми. Люди іноді кажуть тим, хто пережив травму, «забути про це» і продовжувати життя. Цей підхід може добре працювати в багатьох інших ситуаціях, але людина не може просто забути про травматичні події.

Однією з причин, чому ця порада не працює, є те, що події, які сприймаються як травматичні, запам'ятовуються інакше, ніж нетравматичні події. Спогади про травму можуть зберігатися розрізненим способом як захист від повторного переживання повного впливу травми. Отже, ті, хто вижив, можуть мати амнезію великих сегментів часу протягом травматичної події. Або вони можуть пам'ятати деякі подробиці минулих травм, але можуть не мати жодних почуттів, пов'язаних із цими спогадами. Вони можуть відчувати непереборну тривогу або страх, не розуміючи причини. Певні ситуації можуть викликати спогади про попередні травми, і люди можуть відчувати, що вони знову переживають минуле наяву.

Щоб успішно оговтатися від травматичної події, важливо, щоб ви зіткнулися з цим досвідом, повторюючи його, неодноразово, з якомога більшою кількістю подробиць і з якомога більшою емоційністю. Неодноразово переказуючи подію, ви зможете виправити розрізнений спосіб, у який вона могла зберігатися в пам'яті. Ви також побачите, що переказування досвіду призведе до того, що ви відчуєте, що маєте більше контролю над спогадами, а не відчуття, що спогади контролюють вас. Протягом наступних кількох сесій я проситиму вас неодноразово переказувати досвід травми, пишучи про цей досвід.

Після того, як клієнту надано базову інформацію про травму та важливість протистояння з нею, терапевт повинен переконатися, що представлена інформація зрозуміла клієнту, і дати йому можливість поставити запитання. Потім терапевт читає вголос загальні письмові інструкції та конкретні інструкції для сесії 1.

Протягом наступних п’яти сесій я хотів/ла би, щоб ви написали про свою травму. Не турбуйтеся про орфографію чи граматику. Я хотів/ла би, щоб ви написали про деталі травми, як ви її зараз пам’ятаєте, наприклад, як сталася травма і чи були залучені інші люди. Пишучи про деталі травми, важливо написати про деталі того, що сталося, про те, що ви відчували та думали, коли відбувалася травма. Намагайтеся бути якомога точнішими у перерахуванні деталей. Також важливо, щоб ви дійсно відпустили себе та дослідили свої найглибші емоції та думки про травму. Вам також варто пам’ятати, що у вас є п’ять сесій, щоб написати про цей досвід, тож вам не потрібно турбуватися про завершення опису травми під час сьогоднішньої сесії. Просто не забудьте якомога детальніше розповісти про травму, а також написати про свої думки та почуття, як ви їх пам’ятаєте під час (і одразу після) травми.

Під час вашої першої сесії письма я хотів/ла би, щоб ви написали про травму з самого початку. Наприклад, ви можете почати з моменту, коли усвідомили, що травма ось-ось станеться. Коли ви описуєте травму, важливо надати якомога більше конкретних деталей, які ви можете пригадати. Наприклад, ви можете написати про те, що ви бачили (наприклад, фари автомобіля, який наближається до вас, людину, яка наближається до вас), що ви чули (наприклад, звуковий сигнал автомобіля, скрип шин, людину, яка вам погрожувала, вибух), або що ви відчули (наприклад, кров, палаюча гума). Крім того, щоб написати про деталі травми, вам також потрібно написати про свої думки та почуття під час травми, як ви це пам’ятаєте зараз. Наприклад, у вас могла виникнути думка «Я помру», «Цього не може бути» або «Мене зґвалтують». І ви могли відчувати жах, завмирання від страху або злість на іншу особу.

Пам’ятайте, вам не потрібно закінчувати писати про всю травму на цій сесії. Просто зосередьтеся на написанні з якомога більшою кількістю деталей і включіть думки та почуття, які ви пережили під час і одразу після травми. Пам’ятайте, що травма насправді не повторюється, ви просто розповідаєте про неї, оглядаючись на неї зараз.

Після надання інструкцій для написання клініцист повинен переконатися, що інструкції зрозумілі та що клієнт знає, про що він або вона буде писати (тобто про конкретну подію, на якій буде зосереджено увагу). За потреби клініцист має надати щойно прочитаний матеріал клієнту для довідки під час написання. Коли клієнт підтвердить, що інструкції зрозумілі, клініцист має нагадати клієнту, що 30 хвилин відведено на написання, що всі 30 хвилин повинні бути використані для написання, і що клініцист стежитиме за часом і повідомить, коли час вийде. Якщо клієнт завершує опис і має час, то він або вона повинні почати з початку і повторити написання. Потім клініцист повинен отримати оцінку SUDS від клієнта відповідно до того, як він або вона почувається в цей момент, а потім дати сигнал про початок 30-хвилинного письма.

Після завершення написання

Після закінчення 30 хвилин клініцист має вказати клієнту припинити написання. Якщо клієнт знаходиться в середині речення, слід дозволити йому чи їй закінчити речення. На цьому етапі клініцист повинен отримати оцінку за SUDS того, як почувається клієнт у цей момент.

Потім клініцисту варто звіритися з клієнтом щодо сеансу письма(наприклад, запитати, як пройшов сеанс. Дуже важливо, щоб це обговорення було коротким і зосереджувалося лише на досвіді письма (наприклад, які відчуття клієнт відчував під час написання, що було важким або складним у цьому, чи запам'ятав клієнт більше, ніж він або вона очікував/ла), а не деталі досвіду травми чи переказ травматичної події. Слід уникати того, щоб клієнт переказував те, що він або вона написав/ла, оскільки конфронтація вже відбулася через написання розповіді. Більше того, для того щоб клієнт усно переказав травматичний спогад терапевту, потрібно було б значно більше часу та потенційно це могло би засмутити клієнта, а не завершити сеанс. Орієнтовно, ми рекомендуємо, щоб ця звірка тривала не більше 10 хвилин. Якщо клініцист виявляє, що це займає більше 10 хвилин, то, ймовірно, він або вона робить більше, ніж просто перевіряє з клієнтом сеанс написання.

Якщо клієнт повідомляє про високу оцінку SUDS після написання (і, можливо, вищу, ніж та, про яку повідомляв до початку написання), клініцист повинен повідомити, що це нормально мати високу оцінку після першої, і, можливо, навіть другої, сесії. Однак очікується, що оцінка SUDS знизиться до кінця сесій написання. Якщо повідомляється про низьку оцінку SUDS, клініцист повинен перевірити, чому ця оцінка низька. Це може бути ознакою того, що клієнт стримувався і не писав в повну силу. Наприклад, клієнт міг написати про периферійні деталі травматичного досвіду замість того, щоб написати про саму подію.

Клініцист не повинен читати розповідь під час сесії, а натомість почекати, поки сесія закінчиться і клієнт покине кабінет. Ми повертаємось до читання розповіді про травму під час опису інструкцій для другої сесії.

Після завершення звірки клініцист має завершити першу сесію, використовуючи наступний

> *Цілком імовірно, що протягом наступного тижня у вас виникнуть думки, образи та почуття щодо травми, про яку ви щойно написали. Важливо, щоб ви дозволили собі мати ці думки, образи та почуття, якими б вони не були, а не намагалися відштовхнути їх. Будь ласка, спробуйте дозволити собі мати будь-які думки, образи та почуття, які можуть виникнути.*

текст.

Мета цієї підказки — нагадати клієнту не уникати думок, образів і почуттів, що оточують спогад про травму.

Підготовка клієнта до можливості загострення симптомів

Як описано в Розділі 3, нерідко спостерігається посилення симптомів посттравматичного стресового розладу під час курсу ПЕТ, особливо в перші кілька сесій. Наприкінці 1 сесії клієнта слід повідомити, що немає нічого незвичайного в тому, що він не хоче повертатися на другу і, можливо, навіть на третю сесію через бажання уникнути спогадів про травму. Крім того, для клієнтів не є незвичайним посилення симптомів ПТСР на початку курсу лікування, оскільки вони витрачають більше часу на роздуми про травму. Однак клієнти, як правило, виявляють, що зіткнутися зі своїми спогадами про травму стає легше протягом курсу лікування і що початкове посилення симптомів ПТСР супроводжується подальшим значним зменшенням тяжкості симптомів. Насправді посилення симптомів можна розглядати як ознаку того, що лікування проходить добре, оскільки воно сигналізує про те, що клієнт бере участь у лікуванні та думає про спогади про травму. Ми подаємо наступний виділений текст як приклад того, як говорити з клієнтами про поведінку уникання та аналогії. Цей приклад можна використати, щоб проілюструвати важливість конфронтації пам’яті про травму. Оскільки інформація про уникнення не є частиною протоколу ПЕТ, ця інформація не включена в інструкції, які надаються клієнтам, і не включена в Додаток.

Уникання є дуже поширеним симптомом ПТСР, який заважає одужанню. Один із способів уникнення під час лікування полягає в тому, що люди уникають приходити на сесії, особливо на початку лікування, коли їхні симптоми ще не почали зменшуватися. Протягом наступного тижня у вас може виникнути бажання не приходити на нашу наступну сесію. Дуже важливо, щоб ви прийшли на наступну сесію. Хоча люди зазвичай відчувають посилення симптомів під час перших кількох сесій лікування, насправді ми бачимо посилення як ознаку того, що лікування працює, оскільки ваш розум менше уникає.

Це схоже на (виберіть одну з наступних двох аналогій):

Аналогія 1. Виконання вправ або підняття ваг. Якщо ви тривалий час не займалися спортом, спочатку ви відчуєте сильний біль. Однак якщо ви подолаєте цей біль і продовжите регулярно тренуватися, болючість зникне, і ви почнете зміцнювати м'язи. Якщо ви відчуваєте біль після першого тренування і зупиняєтесь, тому що у вас є біль і вам не сподобалося тренуватися, ви не тільки не зміцнієте, але тепер ви також змусили себе страждати від болю протягом кількох днів без жодної користі. Прийшовши на діагностику і на сьогоднішню першу зустріч, ви виконали перші кілька тренувань, і в результаті ваші симптоми або біль можуть посилитися. Намагайтеся сприймати це як позитивну ознаку так само, як ви сприймали біль у м'язах як хороший знак того, що ви наполегливо працюєте. Настав час подолати хворобливі відчуття, щоб ви могли отримати справжню користь від цього лікування.

Аналогія 2. Прийом ліків, які мають побічні ефекти. Часто ліки діють так, що в перші кілька днів або тижнів, коли ви починаєте приймати ліки, ви можете відчути побічні ефекти найсильніше, але насправді ще не пожинати переваги. Якщо ви припините приймати ліки протягом цього часу, ліки не тільки не допоможуть вам так, як ви сподівалися, але тепер ви також змусили себе страждати від побічних ефектів протягом декількох днів або тижнів без жодного ефекту. Коли ви прийшли на діагностику і на сьогоднішній перший прийом, це виглядає так, ніби ви приймали ліки протягом перших кількох днів, і в результаті ваші симптоми або побічні ефекти можуть посилитися. Намагайтеся думати про це не як про погану ознаку чи проблему, подібну до того, як побічні ефекти ліків є хорошою ознакою того, що ви приймаєте ліки регулярно. Настав час пройти через ці симптоми, щоб отримати реальну користь від цього лікування.

Сесія 2

Підготовка до 2 сесії: перегляд розповіді про травму

Розповідь про травму з першої письмової сесії має бути прочитана клініцистом перед початком 2 сесії. У розповіді важливо оцінити кілька речей. По-перше, оцініть, чи дотримувався клієнт інструкцій з написання. Поширеним відхиленням є те, що клієнти пишуть про подробиці події, але не про свої думки та почуття. У таких випадках під час наступної сесії клініцист може сказати клієнту, що деталі події були добре описані, але мало згадувалося про його чи її думки та почуття. Слід заохочувати клієнта зосередитися на думках і почуттях щодо події під час наступного сеансу письма. Інше поширене відхилення, яке трапляється під час першої сесії письма, полягає в тому, що клієнти витрачають більшу частину, якщо не весь час, на те, щоб писати про події, які призвели до травми, замість того, щоб писати про саму травму. Іноді клієнт лише починає писати про травму, коли закінчуються 30 хвилин. Коли це трапляється, клієнт може бути сильно збуджений, коли клініцист увійде в кімнату, щоб завершити сеанс письма і запитати оцінку SUDS клієнта. Це може пояснити, чому клієнти можуть повідомляти про високу оцінку SUDS у кінці написання. Коли це відбувається, клієнтам слід повідомити, що рівень SUDS був зрозуміло високим, оскільки вони тільки почали писати про початок травми, коли їх попросили припинити написання. Клініцист повинен проінструктувати клієнтів почати писати (на 2 сесії) з того часу, коли почалася травма, а потім надавати деталі, по ходу того як події розгорталися.

Другим аспектом розповіді про травму, який слід оцінити, є те, наскільки клієнт писав про травму, яку обговорювали з клініцистом, і залишався зосередженим у своїх записах про цю подію. Клієнти іноді пишуть про іншу травму, ніж те, про що було домовлено. Якщо це станеться, клініцист повинен запитати, чому вони писали про іншу травму. Якщо клієнти писали про іншу травму, тому що вони зрозуміли, що подія, про яку вони писали, була більш засмучуючою та викликала у них більше дистресу, ніж подія, яка раніше обговорювалася з клініцистом, тоді можна продовжувати писати про цю подію протягом сесій, що залишилися. Однак клієнтам слід нагадати, що вони мають залишатися з тією ж подією надалі. Якщо було обрано іншу подію, тому що клієнти вважали, що про неї було б легше або менш тривожно писати, тоді клініцист має заохотити їх написати про більш тривожну подію, починаючи з 2 сесії. Клієнтам слід нагадати, що написання про найболючішу подію призводить до найкращого результату лікування. Вони навряд чи отримають багато користі, якщо взагалі матимуть, якщо напишуть про травму, яка для них менш тривожна. Нагадування їм, що вони просто пишуть про спогад про травму, а не переживають подію заново, зазвичай допомагає зменшити занепокоєння клієнтів щодо зіткнення зі спогадами про травму.

Третій аспект розповіді про травму, який слід оцінити, — це довжина розповіді. Довжина різниться між клієнтами та між сесіями. Водночас, для клієнтів типово створювати письмові розповіді, що містять принаймні кілька абзаців на кожній сесії. Якщо клієнт написав лише кілька речень або один короткий абзац, тоді клініцист має прокоментувати, наскільки коротка розповідь, і попросити клієнта пояснити. Слухаючи відповідь клієнта, клініцист повинен оцінити, чи клієнт не пише багато, тому що він або вона намагається уникнути думок про травму. Якщо це здається ймовірним, клініцист має повторити обґрунтування повторного

зіткнення зі спогадом про травму та пояснити, що таке повторне зіткнення необхідне для зменшення симптомів. Якщо схема уникнення продовжується під час 2 і 3 сесій, тоді клініцист повинен відверто обговорити з клієнтом, чи має сенс продовжувати протокол ПЕТ. Немає сенсу продовжувати будь-який протокол лікування, якщо клієнт не бажає або не може його дотримуватися. У таких випадках краще припинити лікування, а не змушувати клієнта завершувати протокол із п’яти сесій із враженням, що лікування не працює.

Проведення 2 сесії

Інструкції до 2 Сесії слід роздрукувати перед проведенням сесії. На початку цієї сесії клініцист повинен запитати клієнта, як справи були після останнього сеансу. Клініцист ставить це запитання, щоб оцінити, скільки часу клієнт витратив на роздуми про травму. Клініцист також повинен запитати клієнта, чи міг він або вона думати про травму, а не намагатися відштовхнути ці думки.

На цьому етапі клініцист має надати клієнту зворотний зв’язок щодо першої розповіді про травму. Важливо, щоб зворотний зв’язок включав позитивні коментарі на додаток до коментарів про те, як можна покращити написання розповіді. Як правило, є певні способи, за допомогою яких клієнт може покращити те, як він чи вона писали про травму під час першої сесії, як обговорювалося раніше. Після надання відгуку клініцист має дослівно прочитати

> *Сьогодні я хочу, щоб ви продовжували писати про травму, оглядаючись на неї зараз. Якщо ви відчуваєте, що не мали можливості повністю описати травму під час останнього сеансу письма, ви можете продовжити з того місця, на якому зупинилися. Якщо ви закінчили писати про травму на останній сесії, будь ласка, опишіть всю травму ще раз. Коли ви описуєте травму, я хочу, щоб ви дійсно заглибились у свої найглибші почуття (наприклад, страх, шок, смуток, гнів) і думки (наприклад, «Це справді відбувається?», «Я помру»). Також не забудьте написати про деталі травми. Тобто опишіть умови; залучених людей; і те, що ви бачили, чули і відчували. Пам’ятайте, що ви пишете про травму, оглядаючись на неї зараз.*

наведені нижче інструкції для написання для 2 сесії.

Клініцист повинен запитати клієнта, чи зрозумілі інструкції, а потім запитати оцінку SUDS дистресу клієнта в цей момент. Клієнту слід нагадати, що клініцист стежитиме за часом і інструктуватиме клієнта, коли припинити писати. Після передачі цих інструкцій клініцисту слід запропонувати клієнту почати писати.

Після завершення написання

Після закінчення 30 хвилин клініцист повинен попередити клієнта, що час вийшов, і варто припинити писати. Як і під час першої сесії, клієнту слід дозволити закінчити речення, перш ніж зупинитися.

На цьому етапі клініцист має попросити клієнта надати оцінку SUDS свого дистресу в цей момент. Далі клініцист повинен запитати клієнта про досвід написання під час цієї сесії. Якщо клієнту нема чого сказати, клініцист повинен поставити навідні запитання (наприклад, чи легше було писати на другій сесії, ніж на першій, чи здавалося, що час плине швидко чи повільно, чи запам’ятав клієнт більше деталей у цій сесії, ніж у минулій сесії). Клініцисту також варто поцікавитися, наскільки добре клієнт сприйняв зворотній зв’язок із попередньої розповіді про травму. Наприклад, якщо клієнту було надано конкретний зворотний зв’язок, щоб зосередитися на думках і почуттях, оскільки вони не були включені в розповідь під час попередньої сесії, клініцист повинен запитати, чи були вони включені в цю розповідь.

Наприкінці звірки клініцист повинен забрати розповідь клієнта, запланувати наступну сесію, а

> *Як я зазначав/ла наприкінці першої сесії, у вас, швидше за все, будуть думки, почуття та візуальні образи щодо травми протягом наступного тижня. Важливо дозволити собі мати ці думки, образи та почуття, якими б вони не були, а не намагатися їх відштовхнути. Будь ласка, спробуйте дозволити собі мати будь-які думки, образи та почуття, які виникають.*

потім завершити сесію, сказавши наступний текст.

Сесія 3

Підготовка до 3 сесії

Підготовка до 3 сесії така ж, як і до 2 сесії. Клініцист повинен прочитати розповідь про травму перед 3 сесією, щоб оцінити, наскільки клієнт дотримувався інструкцій. Слід також оцінити будь-які проблеми, які виникли під час першої сесії та на які клієнт отримав зворотній зв’язок для вирішення під час другої сесії. Якщо було внесено певні виправлення, але все ще потрібні подальші вдосконалення, клієнту слід надати додатковий відгук. Наприклад, якщо клієнт писав про думки та почуття під час другої сесії, але лише декілька разів, клініцист має визнати, що клієнт дійсно включив свої думки та почуття, але потрібно більше.

Проведення 3 сесії

Важлива відмінність інструкцій для 3 сесії від 1 і 2 сесій полягає в тому, що під час 3 сесії клієнта просять написати про вплив травми на додаток до продовження написання опису травми. Однак, якщо клієнт не написав детального опису травми під час перших двох сесій, інструкції для 3 сесії слід змінити; клієнта слід попросити написати детальний опис про травму, зосередивши увагу на думках і почуттях, які він пережив під час травми. Іншими словами, клієнта, який не виконав належної роботи, дотримуючись інструкцій для 1 і 2 сесій, не слід просити під час 3 сесії писати про вплив, який подія мала на його або її життя.

Як і під час попередньої сесії, терапевт повинен почати сесію, запитавши клієнта, як він або вона почуває себе після попередньої сесії. Це загальна звірка з клієнтом, яка займає не більше кількох хвилин. Потім клініцист має надати зворотній зв’язок про розповідь клієнта з

> *Я хочу, щоб ви продовжували писати про травмуючу подію так, як ви думаєте про неї сьогодні. Якщо ви закінчили писати про всю пережиту травму, ви можете або написати про травму знову з самого початку, або ви можете вибрати частину травми, яка вас найбільше засмучує, і зосередити свій запис на цій конкретній частині досвіду. Крім того, я хотів/ла би, щоб ви почали писати про те, як травматичний досвід змінив ваше життя. Наприклад, ви можете написати про те, чи змінила травма ваш погляд на своє життя, сенс життя та ваші стосунки з іншими людьми. Я хочу, щоб під час вашого написання ви дійсно відпустили себе і писали про свої найглибші думки та почуття.*

останньої сесії. Потім клієнту читаються наступні інструкції для третьої сесії.

Прочитавши ці інструкції клієнту, клініцист повинен запитати, чи є запитання щодо інструкцій для цієї сесії. Клініцист повинен ще раз нагадати клієнту, що він або вона матиме 30 хвилин для написання, і що клініцист стежитиме за часом і оголосить, коли 30 хвилин мине. У клієнта слід запитати оцінку SUDS, а потім запропонувати почати писати.

Після завершення написання

Після закінчення 30 хвилин клієнту варто запропонувати припинити написання. Клініцист має запитати оцінку самопочуття клієнта за SUDS на даний момент. До цього часу в протоколі лікування клієнти повинні відчути зниження оцінок SUDS. Якщо це так, то клініцист має вказати клієнту на зниження. Якщо показник SUDS ще не значно знижується, тоді клініцист має розглянути можливість повторення 3 сесії. Клініцист також має вивчити можливі гіпотези відсутності прогресу (наприклад, уникнення, яке проявляється у тому, що клієнт не виконує інструкції для написання).

Після оцінки SUDS клініцист має запитати клієнта, як пройшов сеанс написання. До цього моменту в протоколі ПЕТ ми зазвичай виявляємо, що звірка після написання займає менше часу, ніж під час перших двох сеансів, особливо якщо клієнт повністю залучений до лікування, дотримується інструкцій і не уникає думок і почуттів щодо травми між сесіями. Після завершення звірки клініцист повинен забрати розповідь. Клініцист має завершити 3 сесію,

> *Як я вже зазначав/ла раніше, у вас, ймовірно, будуть думки, почуття та візуальні образи щодо травми протягом наступного тижня. Важливо дозволити собі мати ці думки, образи та почуття, якими б вони не були, а не намагатися їх відштовхнути. Будь ласка, спробуйте дозволити собі мати будь-які думки, образи та почуття, які виникають.*

сказавши наступний текст.

Сесія 4

Підготовка до 4 сесії

На цьому етапі лікування клініцист має мати розпорядок підготовки до сеансів ПЕТ. Як і у випадку з попередніми сесіями, розповідь із попередньої сесії слід переглянути перед 4 сесією, щоб переконатися, що інструкції дотримані. Як зазначалося раніше для 3 сесії, якщо клієнт не послідовно дотримувався письмових інструкцій до цього моменту лікування, лікування не буде успішним, і клініцисту варто поговорити про припинення сесій. Однак, якщо клієнт загалом дотримується інструкцій, але, можливо, не так багато пише про свої думки та почуття, тоді сеанси лікування слід продовжити. Якщо лікування триває, то інструкції слід роздрукувати перед сесією, щоб клініцист міг їх прочитати, а потім залишити клієнту під час написання розповіді для цієї сесії.

Проведення 4 сесії

На початку сеансу клініцист має ще раз запитати клієнта, як пройшов тиждень після останньої сесії. У цей час під час лікування ми часто спостерігаємо, що клієнти починають повідомляти про стикання з місцями чи діяльністю, яких раніше уникали. Наприклад, клієнти, які уникали ресторанів, могли повідомити, що пішли на вечерю з коханою людиною після останньої сесії. Після розмови з клієнтом про час, що минув після останньої сесії, необхідно надати йому зворотній зв’язок щодо розповіді про травму із 3 сесії. На цьому етапі лікування більшість клієнтів дотримуються інструкцій, і клініцист має просто сказати, що клієнт чудово впорався з інструкціями під час останньої сесії. Потім клініцист має надати наступні інструкції для 4 сесії.

> *Я хочу, щоб ви продовжували писати про травму сьогодні. Як і у випадку з вашим письмом на останній сесії, ви можете вибрати певну частину травми, про яку написати; тобто ту частину травми, яка вас найбільше засмутила. Сьогодні я також хотів/ла би, щоб ви написали про те, як ця травма змінила ваше життя. Ви можете написати про те, чи змінила травма ваш погляд на своє життя, сенс життя та ваші стосунки з іншими людьми. Протягом сесії я хочу, щоб ви дійсно відпустили себе і писали про свої найглибші думки та почуття.*

Давши ці інструкції, клініцист має запитати, чи є у клієнта питання щодо інструкцій для сесії. Клініцист має ще раз нагадати клієнту, що він або вона має 30 хвилин для написання, і що клініцист стежитиме за часом і повідомить, коли припинити писати. У клієнта слід запитати оцінку SUDS безпосередньо перед тим, як буде запропоновано почати писати.

Після завершення написання

Після закінчення 30 хвилин клієнту має бути запропоновано припинити письмо. Клініцист повинен запитати оцінку за SUDS почуттів клієнта в цей момент; зниження оцінок SUDS

повинно тривати. Якщо це так, то клініцист має пояснити це клієнту. Якщо оцінки SUDS ще не помітно знижуються, то слід дослідити можливі причини. Як і на попередній сесії, клініцист має вивчити можливі гіпотези відсутності прогресу.

Після отримання оцінки SUDS клініцист має запитати клієнта про сеанс написання. Як і під час попередньої сесії, на цьому етапі лікування ми зазвичай вважаємо це обговорення досить коротким. Після завершення звірки клініцист має забрати розповідь і дослівно сказати

> *Як я вже зазначав/ла раніше, протягом цього тижня у вас, ймовірно, будуть думки, почуття та візуальні образи щодо травми. Важливо дозволити собі мати ці думки, образи та почуття, якими б вони не були, а не намагатися їх відштовхнути. Будь ласка, спробуйте дозволити собі мати будь-які думки, образи та почуття, які виникають.*

наступний текст, щоб завершити сеанс.

Клініцист має нагадати клієнту, що наступна сесія буде фінальною сесією письма.

Сесія 5

Підготовка до 5 сесії

Це остання сесія протоколу лікування. Слід переглянути розповідь із попередньої сесії, щоб забезпечити зворотній зв’язок із клієнтом. Однак на цьому етапі лікування зазвичай немає зворотного зв’язку. Зауважте, що інструкції для останньої сесії відрізняються від попередніх сесії тим, що клієнта просять «завершити» написане, описавши, як він або вона планує рухатися далі. Інструкції для 5 сесії необхідно роздрукувати та прочитати клієнту. Як і під час усіх сесій, роздруківку інструкцій слід надати клієнту.

Проведення 5 сесії

На початку сесії клініцист має знову запитати клієнта про період після останньої сесії. Загалом ми надаємо позитивний відгук щодо останньої розповіді, оскільки клієнти зазвичай дотримуються інструкцій і повністю залучені в розповідь на цьому етапі лікування. Потім клініцист має нагадати клієнту, що це остання сесія письма, а потім продовжити читання

> *Сьогодні остання сесія. Я хочу, щоб ви продовжували писати про свої почуття та думки, пов’язані з травматичною подією, і про те, як, на вашу думку, ця подія змінила ваше життя.*
>
> *Пам’ятайте, що це останній день написання, тому ви можете спробувати завершити написання. Наприклад, ви можете написати про те, як травматичний досвід пов’язаний із вашим поточним життям і вашим майбутнім. Як і під час інших письмових сесій, вам важливо заглибитися у свої найглибші емоції та думки протягом сесії.*

наступних інструкцій для сеансу.

Після того, як надано інструкції, клініцист має запитати, чи є запитання, і ще раз нагадати клієнту, що час написання становить 30 хвилин і що клініцист стежитиме за часом і повідомить, коли потрібно припинити писання. Клієнта слід попросити оцінити за SUDS його або її почуття у цей момент, а потім запропонувати почати писати.

Після завершення написання

Після закінчення 30 хвилин клієнту має бути запропоновано припинити запис. Клініцист має отримати оцінку SUDS від клієнта, а потім запитати про сеанс написання. З огляду на те, що це остання сесія, клініцист повинен більш загально запитати, чи вважає клієнт лікування корисним і чи вважає він або вона, що потрібне додаткове лікування. Клієнту слід нагадати, що він навчився справлятися з травматичним досвідом, що у разі розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу у майбутньому клієнт навчився навичкам, які можна використати для боротьби з цими симптомами. Клініцист також має зазначити, що всі

інструкції протягом курсу лікування були надані клієнту для можливого використання в майбутньому.

Якщо клієнт вважає, що він чи вона все ще відчуває залишкові симптоми ПТСР, тоді слід обговорити кілька варіантів. Один із варіантів – продовжувати проводити ПЕТ. Клієнт може отримати вигоду від повторних сесій письма з іншою травмою або може відчути, що п’ять сесій були недостатніми для вирішення травматичної події, яка була в центрі уваги лікування. Цей сценарій, швидше за все, трапиться, коли людина не дотримується інструкцій (записує периферійні деталі події, а не пише безпосередньо про подію, перемикається між травматичними подіями) під час першої чи другої сесії лікування. Другим варіантом було б використовувати інше доказове лікування посттравматичного стресового розладу. Пролонгована експозиція також має головний фокус на експозиції в уяві; когнітивно-процесуальна терапія може бути хорошим другим варіантом лікування після ПЕТ, оскільки це переважно когнітивне лікування, яке стосується когнітивних функцій, пов’язаних із травмою.

Крім того, деякі клієнти завершать ПЕТ, повідомляючи, що вони відчули зменшення багатьох симптомів посттравматичного стресового розладу, але мають інші симптоми, які потребують лікування, наприклад депресію, вживання психоактивних речовин або порушення регуляції емоцій. У таких випадках слід розглянути доказові методи лікування, які найбільше підходять для цих проблем.

Розділ 5. Часті запитання про проведення ПЕТ

Під час нашого досвіду навчання інших протоколу письмової експозиційної терапії (ПЕТ) клініцисти поставили низку запитань. Нижче наведено список часто повторюваних запитань і наші відповіді на них. Більшість сценаріїв, які знаходяться в центрі уваги цих запитань, не є поширеними, але вони можуть час від часу виникати під час надання ПЕТ та багатьох доказових методів лікування ПТСР. Деякі з питань уже розглядалися, але ми включили їх у цей розділ, щоб надати вичерпний перелік запитань, які часто задають клініцисти.

Що робити, якщо клієнти висловлюють занепокоєння щодо своїх навичок письма або читабельності свого почерку?

Коли клієнти висловлюють занепокоєння щодо написання, оскільки вважають, що вони не дуже хороші письменники, слід підкреслити, що якість написаного не має значення. Мета написання – протистояти спогадам про травму; граматика, структура речень і правопис не важливі. Клієнти мають бути впевнені, що їх не будуть оцінювати за якістю їхньої розповіді. Клієнтів, які висловлюють занепокоєння щодо розбірливості свого почерку, слід ще раз запевнити, що цей аспект письма не має значення. Терапевт має мати можливість прочитати текст, щоб переконатися, що інструкції дотримані, але він/вона завжди може перепитати у клієнта, щоб уточнити, що написано, якщо почерк важко розібрати.

Як ви поводитеся з клієнтами, фізичний стан яких який заважає їм писати?

Бувають випадки, коли клієнти не можуть писати через травму руки або значне порушення зору (наприклад, незрячі). Для клієнтів, які не можуть писати від руки, ми надавали цифровий диктофон, на який можна розмовляти, а не писати. Ми виявили, що ця процедура добре працює в таких ситуаціях. Ми не використовували цей метод, коли клієнти висловлювали занепокоєння щодо розбірливості свого почерку або загальне занепокоєння щодо почерку (на відміну від друку). Наприклад, деякі клієнти можуть сказати, що їм буде зручніше друкувати розповідь про травму, а не писати від руки.

Як було сказано в попередній главі, ми визначили оптимальним метод написання від руки, оскільки він уповільнює процес переказу події, дозволяючи клієнту пригадати більше деталей, думок і почуттів про подію. Друкування оповіді може бути проблематичним; ті, хто добре друкує, ймовірно, занадто швидко рухатимуться через експозицію в уяві. З іншого боку, клієнти, які погано друкують, можуть відчути когнітивне відволікання під час набору тексту.

Що робити, якщо клієнти перестають писати до закінчення 30 хвилин?

Якщо клієнти виходять із кімнати до того, як минуло 30 хвилин, і повідомляють вам, що закінчили, ви повинні м’яко попросити їх повернутися в кімнату, сісти та почати писати знову з початку, не забуваючи дотримуватися наданих інструкцій. Подібним чином, якщо клієнти кажуть вам, що вони перестали писати і просто сиділи в кімнаті, поки ви не повернетесь, ви повинні нагадати їм, що вони повинні почати знову з початку і продовжувати писати, поки ви не повернетеся, і скажете їм припинити. Коли клієнти припиняють писати до того, як минуло 30 хвилин, у розповіді зазвичай бракує достатньо деталей; коли це станеться, ви повинні надати їм такий відгук перед початком наступного сеансу написання.

Що робити, якщо клієнти стверджують, що писали цілих 30 хвилин, але їхня розповідь дуже коротка?

Якщо розповідь дуже коротка, то є велика ймовірність, що вони не писали протягом повних 30 хвилин. У таких випадках ви повинні сказати їм, що розповідь коротка, і запитати, чи вони писали протягом всього часу. Якщо клієнти стверджують, що вони справді писали протягом усіх 30 хвилин, вам слід повторно нагадати важливість написання протягом усіх 30 хвилин, щоб отримати користь від лікування. Заохочуйте клієнтів надати більше деталей під час наступного сеансу, щоб підвищити можливість того, що лікування буде корисним.

Що робити, якщо клієнти пережили численні травми (наприклад, участь в бойових діях або жорстоке поводження в дитинстві) і, як наслідок, не можуть вибрати одну конкретну подію, про яку написати?

Це не рідкість, особливо коли клієнти пережили хронічні травматичні події, такі як жорстоке поводження в дитинстві. У таких випадках вам слід запитати, чи є якась подія яка справді виділяється. Якщо таких немає або якщо вони не можуть вибрати між більш ніж одною, то їм слід сказати вибрати ту подію, про яку вони добре пам’ятають і про яку можуть написати з великою кількістю деталей. Якщо таких подій кілька, то клієнтам слід дати вказівку вибрати одну подію та зосередитися на ній. Важливо писати про ту саму подію повторно протягом усіх сеансів письма та не перемикатися між різними подіями, навіть якщо вони однаково травматичні.

Що, якщо хтось на початку першої сесії письма скаже, що він або вона має письменницький блок і не може написати про травматичну подію?

З нашого досвіду це трапляється рідко, хоча клієнти можуть подумати, що написати про подію буде важко. Клініцисти повинні висловити розуміння того, що писати про подію може бути

важко, але також висловити впевненість, що люди загалом можуть написати про свої події після того, як вони почали. Важливо також нагадати їм, що, цілком імовірно, вони думають про подію весь час, але, коли пишуть про неї, ймовірно, вони почуватимуться по-іншому, оскільки вони контролюватимуть спогад, а не спогад виникатиме мимовільно і нав'язливо.

Обмежте кількість часу, який ви витрачаєте на обговорення небажання клієнтів писати, оскільки це може служити способом уникнути початку письма; чим більше часу вони витрачають на роздуми про завдання, тим більша ймовірність, що вони захочуть уникнути його виконання. Клієнтів слід заохочувати робити все можливе, а також нагадувати, що ви повернетесь через 30 хвилин і скажете їм припинити писати.

Що робити, якщо клієнти пишуть протягом 30 хвилин, але не повідомляють про збудження чи дистрес під час сеансів письма?

Наприкінці сесії уважно перегляньте розповідь, щоб переконатися, що вони дотримувалися інструкцій і написали деталі самої події (а не деталі, які передували їй чи слідували за подією). Інша можливість полягає в тому, що клієнти можуть не писати про подію, найбільш тісно пов'язану з симптомами ПТСР, тому що вони не хочуть протистояти сильним почуттям, пов'язаним з цією подією. Цю можливість буде розглянуто у випадку 2 у наступному розділі.

Що, якщо клієнти змінять тему написання посеред лікування, не обговорюючи це з вами?

Зміна теми сесій письма може бути формою уникнення і не повинна дозволятися. Вкрай важливо, щоб клієнти писали про ту саму подію під час кожного сеансу, оскільки лікування базується на моделі експозиції; для отримання терапевтичних переваг необхідна повторна дія одного і того ж стимулу (спогаду про травму). Коли клієнти вибирають і пишуть про певну подію під час першого сеансу написання, вони повинні продовжувати писати про цю саму подію протягом решти сеансів.

Що робити, якщо клієнти не помічають негайного полегшення симптомів?

Якщо клієнти повідомляють, що вони не помітили жодних змін у симптомах, запевніть їх, що це нормально і що вони можуть не відчути полегшення, доки не будуть завершені всі сеанси письма. Подібним чином, якщо клієнти повідомляють про посилення своїх симптомів, запевніть їх, що нерідко люди можуть відчувати посилення симптомів, перш ніж помітити зменшення. Насправді короткочасне тимчасове посилення симптомів може бути хорошою ознакою, оскільки воно сигналізує про те, що клієнти залучені до письма. Якщо вони не уникатимуть будь-яких майбутніх сеансів письма (або нагадувань про травму під час терапії або поза нею) і продовжуватимуть займатися, симптоми зменшаться. Загалом посилення симптомів, особливо на початку сесій, є позитивною прогностичною ознакою.

Що робити, якщо клієнти не можуть зосередитися або виконувати інструкції навіть після повторного прямого зворотного зв’язку?

У таких ситуаціях ви повинні запитати їх, що заважає їм зосередитися. Перебування в кімнаті з клієнтами під час письма може покращити їхню концентрацію. Якщо вони не дотримуються вказівок, навіть після повторного перенаправлення, можливо, вони не бажають виконувати вказівки. У тих рідкісних випадках, про які нам відомо, клієнти не бажали брати участь у письмових вправах, незважаючи на найкращі спроби терапевта. У таких випадках найкраще вести відкриту та чесну розмову про їхню відданість терапії.

Що робити, якщо клієнти не хочуть ділитися своїми записами з клініцистом?

Ми використовували ПЕТ із сотнями людей, і жоден клієнт не приховував свою розповідь від терапевта. Насправді ми виявили, що люди хочуть поділитися своїми наративами з терапевтом. Ми звернулися до кількох людей, які хотіли отримати копії своїх оповідань після того, як вони завершили написання, і з радістю виконали це прохання. Тим не менш, якщо хтось не захоче віддавати письмовий наратив терапевту, ви повинні поважати це бажання. Однак клієнт повинен дати терапевту прочитати розповідь, щоб він чи вона могли надати зворотний зв’язок під час наступних сеансів. Коли клієнти висловлюють рішучі заперечення щодо поширення розповіді, слід обговорити причину їх заперечень.

Що робити, якщо клієнти стверджують, що вони не в змозі висловлюватися в письмовій формі?

До позитивних результатів призводить не якість письма, а скоріше акт протистояння травмі через письмо. Ми лікували людей, які мали 3 класи освіти, які закінчили ПЕТ і отримали від неї користь. Якщо клієнти висловлюють занепокоєння, що вони погано пишуть або не думають, що можуть добре впоратися з письмом, ви повинні запевнити їх, що граматика, правопис і структура письма не важливі. Якщо вони фізично не здатні писати (наприклад, мають інвалідність або травму), ви можете надати цифровий диктофон і попросити їх вербалізувати розповідь, а не записувати її.

Що робити, якщо клієнти вирішать припинити писати після першої чи другої сесії?

ПЕТ має дуже добру переносимість. Рівень передчасного припинення лікування був дуже низьким у всіх дослідженнях (наприклад, 5% -10%). Однак у випадку, якщо клієнти бажають достроково припинити лікування, ви повинні спробувати переконати їх пройти додаткові сесії. Запитайте їх про те, чому вони хочуть припинити лікування. Якщо вони повідомляють, що відтоді, як вони почали писати, у них з’явилися симптоми посттравматичного стресового розладу (що іноді може проявлятися як гнів на письмові сесії або заперечення проти повторного написання про цю подію), вам слід запевнити їх, що це не рідкість, особливо в

перші кілька сесій, і що симптоми зменшаться, якщо вони продовжать написання. Насправді, найгірше, що вони можуть зробити за таких умов, це припинити лікування в той момент, коли у них посилюються симптоми; це лише зміцнить уявлення про те, що слід уникати травми та нагадувань про неї.

Що, якщо клієнти скажуть, що вони не бажають завершувати лікування, тому що вони стурбовані тим, що це змусить їх занадто багато думати про спогади про травму?

Занепокоєння клієнта з приводу того, що він занадто багато думає про травму, не є чимось незвичайним у травмафокусованому лікуванні. Парадоксально, але люди з ПТСР постійно думають про свою травму, але роблять це у неконтрольований та нав'язливий спосіб. Клініцист повинен звернути увагу на це та повідомити клієнту , що травмафокусоване лікування надасть можливість краще контролювати спогади про травми, дозволяючи думати про них, а не намагатися відштовхнути думки. Результатом зіткнення зі спогадами про травму є те, що спогади не будуть такими сумними. Також важливо нагадати клієнтам, що вони просто згадують травму, а не переживають її заново.

Що, якщо клієнт відчуває потребу детально поговорити про травму з клініцистом (тобто не припиняє говорити до чи після написання)?

Зосередьте сесію на написанні. Ввічливо повідомте їм, що важливо почати писати (якщо вони хочуть поговорити, перш ніж почати писати). Якщо вони продовжують говорити про написане чи на інші теми після завершення написання та підведення підсумків, ввічливо скажіть їм, що вам потрібно завершити сесію, але ви можете продовжити обговорювати їхні реакції на написане наступного разу, коли вони прийдуть на сесію письма.

Що робити, якщо англійська не є основною мовою клієнта?

ПЕТ можна використовувати, якщо клієнти вміють читати та писати англійською мовою. Звичайно, якщо терапевт здатний зрозуміти основну мову клієнта (наприклад, іспанську), тоді найкраще використовувати цю мову.

Що робити, якщо клієнти дисоціюють під час написання?

Дуже рідко хтось дисоціює під час письмової сесії. Однак, коли це сталося, ми пропонуємо вам залишитися в кімнаті під час наступної сесії письма, щоб забезпечити їх заземлення. Ми також пропонуємо прийоми заземлення (наприклад, міцно вхопитися за стілець, тиснути п'ятами в підлогу). Якщо ви залишаєтеся в кімнаті під час написання, обов'язково повідомте клієнтів, що ви не будете спілкуватися з ними під час написання. Єдина мета перебування в кімнаті – зменшити ймовірність дисоціації клієнта під час сеансу. У наступному розділі ми представляємо приклад клієнтки, яка дисоціювала під час ПЕТ, щоб проілюструвати, як вдалося впоратися з цією ситуацією.

Що, якщо клієнти хочуть перенести фокус сесії на обговорення поточних життєвих стресів, які вони відчувають?

Особи з діагнозом посттравматичний стресовий розлад часто мають низку постійних життєвих стресів, включаючи проблеми з роботою, фінансами та стосунками. Нерідкі випадки, коли клієнти приходять на певну сесію, бажаючи зосередитися на поточних життєвих стресах, а не на ПЕТ. У таких ситуаціях найкраще продовжувати проводити сесії ПЕТ, а не надавати загальну підтримку через хронічні стресові фактори. Корисно нагадати клієнтам, що клініцист може найкраще допомогти їм, лікуючи симптоми посттравматичного стресового розладу, що, у свою чергу, дозволить їм краще справлятися з життєвими стресами. Відповідні перенаправлення можуть бути зроблені для постійних стресових факторів, таких як житлові чи фінансові проблеми, але увага повинна залишатися на проведенні ПЕТ.

Розділ 6. Ілюстративні випадки

У цьому розділі ми наводимо кілька прикладів випадків осіб, які проходили письмову експозиційну терапію (ПЕТ), щоб проілюструвати, як керувати поширеними сценаріями, які можуть виникнути під час впровадження ПЕТ з клієнтами. Випадки в цьому розділі є сукупністю із характеристик клієнтів, яких ми лікували; щоб захистити їх особистість, ми змінили їхні імена та демографічну інформацію.

Випадок 1: Анамнез кількох травматичних подій

Досить часто люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) зазнали більш ніж одного потенційно травматичного досвіду або мають індексну подію, що складається з повторюваних травматичних подій, таких як сексуальне або фізичне насильство в дитинстві, бойова травма або домашнє насильство (De Jongh та ін., 2016), а також мати діагноз розладу особистості, наприклад межовий розлад особистості (Harned, Rizvi, & Linehan, 2010). Хоча деякі клініцисти можуть вважати, що було б недоцільно використовувати ПЕТ з клієнтами з такими анамнезами травм і профілями симптомів, у нас є успішний досвід лікування таких осіб.

Роберт був неодруженим білим військовим ветераном у віці 50 років, який звернувся за лікуванням посттравматичного стресового розладу, пов’язаного з фізичним насильством у дитинстві. У Роберта було кілька психіатричних діагнозів, включаючи посттравматичний стресовий розлад, великий депресивний розлад, межовий розлад особистості та алкогольна залежність у стадії ремісії. Він також мав обширну історію лікування, яка включала повний курс когнітивно-процесуальної терапії, частковий курс пролонгованої експозиції, дві госпіталізації в стаціонар для лікування зловживання психоактивними речовинами (мінімальний термін перебування 30 днів), принаймні один курс амбулаторного лікування його депресії , кілька амбулаторних терапевтичних курсів групи навичок. Як правило, Роберт залишав ці терапевтичні групи, оскільки йому було важко ладнати з іншими членами групи та дотримуватися правил групи (наприклад, постійного відвідування). Роберт часто відчував численні постійні життєві стреси (наприклад, міжособистісні стресори, стресори на роботі), які заважали лікуванню його психічних захворювань.

Ми представляємо цей випадок, щоб проілюструвати, як вибрати конкретну травму як фокус для письмових оповідей, коли у клієнта є кілька подій, з яких можна вибрати, як керувати хронічними життєвими стресовими факторами в контексті лікування ПТСР і як використовувати ПЕТ для ефективного лікування когось, хто має труднощі з регуляцією емоцій у поєднанні з попереднім анамнезом лікування ПТСР.

Перша сесія Роберта з його терапевткою була присвячена обговоренню цілей терапії, оцінці симптомів посттравматичного стресового розладу і вибору плану лікування. Роберт набрав 56 балів за PCL-5 (PCL-5; Weathers, Litz та ін., 2013), що вказує на ймовірний діагноз ПТСР і високу тяжкість симптомів ПТСР. Терапевтка і Роберт погодилися на курс ПЕТ, враховуючи,

що він раніше проходив безуспішні курси когнітивно-процесуальної терапії та пролонгованої експозиції. Роберту також сподобалася ідея проводити письмові розповіді в клініці, а не вдома, і він зазначив, що також вважає, що написання про подію було б більш корисним, ніж переповідання події вголос терапевтці. Наступну сесію було заплановано з розумінням того, що на той час вони розпочнуть ПЕТ.

Перша сесія почалася з того, що терапевтка попросила Роберта визначити конкретний епізод жорстокого поводження в дитинстві, який буде в центрі уваги. Це було складно, оскільки жорстоке поводження з Робертом відбувалося протягом 6 років і включало численні епізоди жорстокого поводження. Роберт заявив, що йому було важко вибрати одну подію, тому що він відчував, що це може знизити важливість інших пережитих ним травм. Терапевтка пояснила, що вибір однієї події не означає, що інші події не є важливими, але зосередження на одній особливо засмучуючій події в письмовій формі дасть можливість поглянути на неї з іншої точки зору. Більше того, вона сказала, що він матиме можливість зосередитися на інших досвідах під час додаткових сесій написання після завершення перших п’яти сесій. Ця інформація, здається, втішила Роберта. Хоча згодом він зміг визначити три події, які його найбільше засмучували (наприклад, предмети частих нав’язливих думок і кошмарів), він не зміг вибрати одну подію, з якої він би почав писати. Терапевтка запитала Роберта, чи краща його пам'ять на одну з подій, ніж на інші. Він заявив, що його пам’ять була особливо сильною для двох із трьох подій і що одна з цих двох подій представляла більш частий сценарій жорстокого поводження з ним. Ґрунтуючись на цій інформації, терапевтка і Роберт вирішили, що він зосередиться на події, про яку він добре пам’ятає і яка представляє сценарій, який часто переживався.

Терапевтка пояснила, що ПЕТ — це структуроване лікування, що більша частина його проводиться за сценарієм, і що інструкції читатимуться вголос Роберту. Терапевтка прочитала інформацію щодо обґрунтування лікування Роберту, який охоче зрозумів і був готовий почати. Терапевтка попросила Роберта оцінити його дискомфорт, виміряний за шкалою суб’єктивних одиниць дистресу (SUDS; Wolpe, 1958) відповідно до того, як він почувався в той момент. Роберт надав оцінку SUDS 70, що вказує на відносно сильний дистрес і побоювання. Потім терапевтка прочитала Роберту інструкції з написання для 1 сесії, переконалася, що він розуміє, що він мав робити, а потім залишила його писати. Після завершення написання, терапевтка знову попросила Роберта надати оцінку SUDS. Він повідомив про оцінку 85. (Таке збільшення SUDS є звичним під час першої сесії експозиції для клієнтів, які беруть участь у травмафокусованому лікуванні, наприклад ПЕТ. Це не повинно бути причиною для негайного занепокоєння, оскільки це ознака того, що клієнт залучений і повною мірою бере участь. Клієнтам слід повідомити, що такі збільшення очікувані і, якщо вони відбудуться, не варто відмовлятися від продовження лікування.) Потім терапевтка запитала Роберта, як для нього пройшов письмовий сеанс. Роберт зазначив, що писав цілих 30 хвилин, і був здивований, як швидко минув час. Він запитав, чи може він продовжувати писати ще 10-20 хвилин. Терапевтка пояснила, що сеанси були побудовані таким чином, що на сесії відводилося лише 30 хвилин для написання, і що якщо він не закінчив писати на першій сесії, у нього буде достатньо часу, щоб зробити це на наступних

сесіях. Терапевтка забрала письмову розповідь Роберта та повторила, що вона прочитає її перед наступним сеансом, щоб переконатися, що він виконує вказівки. Терапевтка попросила Роберта надати ще одну оцінку SUDS щодо того, як він почувався в цей момент після їхньої розмови. Він надав оцінку 60, що вказує на те, що високий рівень дистресу, який він відчув одразу після написання, зменшився. Терапевтка сказала Роберту: якщо у нього виникають думки, образи чи почуття щодо травми, про яку він писав протягом тижня, він повинен дозволити собі пережити їх, якими б вони не були, а не відштовхувати їх. Роберт погодився «намагатися з усіх сил» не уникати думок, образів і почуттів. Потім було призначено наступну сесію, і 1 сесія завершилася.

Роберт прийшов на другу сесію ПЕТ через 1 тиждень. На початку цієї сесії Роберт сказав терапевтці, що у нього був важкий тиждень, серед іншого, через словесну суперечку з сусідом. Він заявив, що хоче провести сесію обговорення минулого тижня. Терапевтка сказала Роберту, що, незважаючи на те, що вона визнає, що у нього був важкий тиждень, вони повинні залишатися зосередженими на травмі, яку Роберт вибрав під час 1 сесії, оскільки метою їхньої спільної роботи було проведення травмафокусованого лікування. Терапевтка підкреслила йому, що, опрацювавши симптоми посттравматичного стресового розладу, він зможе краще справлятися з міжособистісними труднощами у своєму житті, які, за його словами, були частими явищами. Незважаючи на розчарування, Роберт заявив, що розуміє мету лікування, і погодився продовжити другу сесію ПЕТ. Потім терапевтка надала Роберту відгук про його першу письмову сесію. Загалом Роберт дотримувався інструкцій, надавши детальний звіт про свою травму, включаючи деякі думки та емоції, які він мав щодо травми. Однак терапевтка заохочувала Роберта більш детально написати про емоції, які він пережив під час інциденту. Терапевтка надала Роберту інструкції для другого сеансу написання, а потім попросила надати його оцінку SUDS, який він повідомив як 65. Потім Роберту було запропоновано почати писати, коли терапевтка покине кімнату.

Після 30 хвилин написання терапевтка повернулася і попросила Роберта надати оцінку SUDS. Роберт повідомив, що показник SUDS становить 60. Терапевт відзначив зниження SUDS порівняно з попередньою сесією; Роберт зазначив, що друга сесія здалася легшою, ніж перша. Роберт також заявив, що він знаходить написання про травму дуже корисним з точки зору сортування послідовності травматичної події, яку він пережив, а також дає йому «віддушину», щоб протистояти емоціям, які він мав щодо свого травматичного досвіду. Роберт зазначив, що хоча написання про цю подію засмучувало, це було більш терпимо, ніж він очікував. Терапевтка призначила наступну сесію з Робертом, а потім вказала йому не уникати думок, образів або почуттів щодо травматичної події протягом наступного тижня.

Решта три сесії пройшли добре. Зокрема, Роберт щоразу дотримувався інструкцій щодо написання розповіді про травму та повідомляв, що відчуває дедалі менше дистресу через спогади про травму. Це зменшення його дистресу також було відмічено в поступовому зниженні оцінок SUDS від сесії до сесії. На додаток до зниження рівня дистресу, тяжкість симптомів посттравматичного стресового розладу зменшилася на 30 балів від вихідного рівня до останньої сесії ПЕТ (базовий бал PCL-5 = 54; бал PCL останньої сесії WET = 24). Крім того,

його бал після лікування вказував на те, що він більше не відповідає діагностичним критеріям ПТСР.

Під час останньої сесії Роберт повідомив, що ПЕТ була для нього дуже корисною, оскільки лікування дозволило йому «опрацювати» свою травму та зрозуміти, що з ним сталося. Він також повідомив, що у нього не було такого досвіду з іншими травмафокусованими методами лікування.

Під час супервізії терапевт повідомила супервізору, що вона була здивована, наскільки гладко пройшло лікування Роберта, який раніше мав проблеми з лікуванням внаслідок емоційної дисрегуляції, що проявлялася у вигляді запоїв, імпульсивної поведінки та спалахів гніву під час сесії. Жодна з цих поведінок не проявлялася під час сесій ПЕТ; він залишався зосередженим, незважаючи на численні життєві стреси під час курсу лікування, які б відволікали його в минулому. Крім того, Роберт постійно відвідував сесії ПЕТ, на відміну від його відвідування під час попередніх спроб лікування. На думку терапевтки, високоструктурований характер лікування в поєднанні з обмеженою взаємодією терапевтки під час експозицій дозволив Роберту залишатися зосередженим протягом усього лікування. Після п’яти сесій ПЕТ Роберт і терапевтка погодилися, що він більше не потребує лікування ПТСР. Роберт звернувся до клініки через кілька місяців і був направлений на діалектичну поведінкову терапію через триваючі труднощі з регуляцією емоцій.

Випадок 2: Індексна травма, не розкрита до пізнішого часу в лікуванні

Іноді клієнти спочатку не розкривають подію, пов’язану з їхніми симптомами ПТСР, тому що хочуть уникнути сильного дистресу, сорому чи провини, які вони відчувають, коли думають про такий досвід. У таких випадках вони можуть повідомити про інший досвід, який не завдає їм стільки страждань чи дискомфорту. Однак після того, як клієнт почувається комфортніше з терапевтом, він або вона пізніше може розкрити фактичну травматичну подію, яка викликає найбільші труднощі. Крім того, терапевт може запідозрити, що клієнт не надав правильну індексну подію на початку лікування через те, що оцінка SUDS клієнта ніколи не досягала рівнів, які вказують на те, що він або вона пише про подію, яка найбільш сильно пов’язана з його чи її симптомами, або тому, що клієнт, здається, приховує важливі деталі з письмових оповідей. Наприклад, ветеран бойових дій може загалом повідомляти про бойову подію як про його найболючіший досвід, але оскільки його SUDS не підвищується достатньо під час початкових сесій написання, терапевт підозрює, що клієнт не розкрив суттєвих деталей, і обговорює з ним цю можливість. Лише тоді клієнт повідомляє, що найбільше страждань у нього викликає подія, коли він застрелив дитину під час свого бойового розгортання. У разі виникнення такої ситуації фокус лікування має бути відповідно зміщений, а вже завершені сесії може знадобитися повторити для досягнення користі від лікування. Саме такий сценарій стався з однією із наших клієнток, яку тут називатимемо Венді. Спочатку вона повідомила про

іншу індексну подію, яка не викликала у неї суттєвого дистресу, і не розкрила травму, пов'язану з її симптомами ПТСР, зробивши це лише пізніше під час лікування.

Венді була самотньою афроамериканкою у віці близько 40 років, яка звернулася за лікуванням симптомів посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з ножовим нападом із пограбуванням 10 років тому. Венді зазначила, що вона не постраждала під час пограбування, і нападник втік з місця події, щойно вона віддала йому свою сумочку. Тим не менш, вона, повідомляла, що відчула значні симптоми посттравматичного стресового розладу одразу після цієї події та заявила, що ці симптоми спричинили їй значні порушення у соціальному та професійному житті. Вона не отримувала попереднього лікування посттравматичного стресового розладу, але отримала приблизно вісім сесій підтримуючого консультування після пограбування. Вона повідомила про незначне зменшення симптомів після цих сесій, але це зменшення було нетривалим. Крім пограбування, Венді зазначила, що в неї не було жодної іншої травматичної життєвої події. Після звернення до клініки Венді заповнила PCL-5, щоб оцінити тяжкість симптомів ПТСР. Вона набрала 49 балів, що вказує на вірогідний діагноз ПТСР і тяжкі симптоми ПТСР. Кілька варіантів лікування ПТСР були представлені Венді; вона вибрала ПЕТ, тому що вважала, що це буде для неї хорошим підходом. Терапевтка і Венді призначили сесію, щоб почати терапію.

Венді прийшла на першу сесію терапії з бажанням почати лікування. На написання вона витратила всі відведені 30 хвилин. Примітно, що її оцінка SUDS до написання була 30 і збільшилася лише до 35 після написання. Терапевтка також відмітила, що Венді, не здавалася дуже засмученою сеансом письма. Коли її запитали про її помірно виражену оцінку, Венді зазначила, що вона брала участь у написанні під час сесії, але вона не відчувала особливого засмучення, коли писала про цей досвід. Зазначивши, що її SUDS може бути низьким через те, як вона написала про подію, терапевтка заявила, що вона прочитає розповідь і надасть Венді відгук під час наступної сесії, яка була запланована на наступний тиждень.

На другій сесії ПЕТ терапевтка сказала Венді, що вона прочитала розповідь про травму і була здивована тим, що оцінка SUDS Венді була відносно низькою, враховуючи, наскільки детально описувалась подія, а також її думки та почуття, пов'язані з подією. Потім терапевтка запитала Венді, чи збільшився її SUDS під час сесії написання, але потім зменшилася до кінця сесії. Венді повідомила, що вона не впевнена, але думала, що така закономірність могла трапитись. Потім терапевтка представила Венді інструкції для другої сесії, і вона продовжила написання. Подібно до першої сесії, Венді повідомила про відносно низький SUDS перед сесією написання, а в кінці сесії було зареєстровано підвищення лише на 5 балів. Терапевтка знову запитала Венді, чи була її оцінка SUDS вищою під час написання; Венді заявила, що вона вірить, що це так. Після сеансу терапевтка прочитала розповідь і зазначив, що вона була послідовною в деталях і довжині, як і розповідь, яку Венді підготувала під час першої сесії.

Подібне також спостерігалося під час третьої сесії. Крім того, щотижневий PCL-5, який Венді заповнила, показав, що вона не тільки продовжувала відчувати дуже високі симптоми посттравматичного стресового розладу, але її бал 54 був трохи вищим за базовий бал 49.

Коли терапевтка зауважила, що симптоми посттравматичного стресового розладу Венді не зменшувалися, вона погодилася, що її симптоми залишаються сильними, хоча вона відчувала, що сесії були корисними для протистояння її спогадам про травму. Терапевтка вказала Венді, що, якщо ситуація не зміниться, вони можуть спробувати інший підхід до терапії. Венді надала перевагу продовженню сесій ПЕТ, оскільки вона вважала, що лікування було корисним, і терапевтка погодилася продовжити сесії ПЕТ.

Коли наступного тижня Венді прийшла на четверту сесію ПЕТ, вона заявила, що їй потрібно про щось поговорити з терапевткою. Венді розповіла, що випадок пограбування, який вона раніше визначила як індексну подію для її симптомів ПТСР, насправді не був пов'язаний з її поточними симптомами ПТСР. Натомість її симптоми були пов'язані з попереднім сексуальним насильством. Венді заявила, що їй було соромно за цей інцидент і їй було некомфортно говорити про це з терапевткою, коли вона спочатку звернулася за лікуванням. Венді також розповіла, що, враховуючи спрямованість лікування, вона розуміла, що лікування їй не принесе користі, якщо вона не розповість терапевтці про сексуальне насильство. Терапевтка подякувала Венді за чесність і сказала їй, що розуміє її небажання розкривати напад. Терапевтка також повідомила Венді, що серйозність її симптомів була несподіваною як для інциденту з пограбуванням, який вона описувала, і що її прояви симптомів більше підходили для випадку людини, яка зазнала сексуального насильства. Тепер, коли подія, що викликала симптоми ПТСР, була відома, вони могли відповідним чином зосередити лікування.

Терапевтка запропонувала Венді почати сесії ПЕТ спочатку, щоб зосередитися на випадку сексуального насильства. Венді погодилася на цей план. Потім терапевтка представила письмові інструкції для першої сесії (без представлення психоосвітньої інформації щодо ПТСР та обґрунтування терапії). Потім Венді продовжила писати протягом відведених 30 хвилин. Очікувано Венді повідомила про початкову оцінку SUDS 60 до написання, яка підвищилася до 80 до кінця сесії. На відміну від попередніх сесій, після написання Венді була помітно засмучена. Вона розплакалася і повідомила, що їй важко писати про цей напад, особливо з огляду на те, як вона зазвичай уникала думок про цю подію. Вивчення розповіді про травму показало, що Венді дотримувалася інструкцій щодо написання, за винятком того, що не писала про емоції, пов'язані з сексуальним насильством.

Друга сесія ПЕТ, присвячена сексуальному насильству, пройшла добре. Венді відповіла на зворотній зв'язок про потребу написання про емоції, які вона пережила, а також про подробиці та її думки про подію. Її SUDS залишався відносно високим, але був трохи нижчим, ніж під час попередньої сесії. Її оцінки SUDS поступово знижувалися протягом наступних трьох сесій написання. Венді також повідомила, що у неї було небагато симптомів посттравматичного стресового розладу або вони були відсутні, і що вперше після нападу вона більше не відчувала сорому чи відповідальності за подію. PCL, проведений під час останньої сесії ПЕТ, вказав на значне зниження порівняно з початковим рівнем, з балом 15 після лікування, що вказує на те, що вона більше не відповідає діагностичним критеріям

ПТСР. У результаті цих успіхів у лікуванні Венді вирішила, що їй не потрібні додаткові сесії лікування. Терапевтка погодилась, і лікування було закінчено.

Випадок 3: Фізичні обмеження, які заважають писати

Деякі клієнти мають фізичні обмеження, які можуть перешкоджати письму. Цей наступний випадок ілюструє, як ПЕТ все ще може використовуватись, коли фізичні обмеження заважають клієнту писати. Коли Метью почав ПЕТ, він міг писати, але після двох сеансів він зазнав нещасного випадку, під час якого зламав праве зап'ястя; він не міг писати під час останніх сесій. Спираючись на дослідження, яке показало, що емоційне вираження працює аналогічно під час письма або розповіді на диктофон (Smyth & Pennebaker, 2016), ми змінили наш підхід до використання цифрового запису для інших сесій лікування.

Метью був розлученим білим чоловіком у віці 60 років, який звернувся за лікуванням хронічних симптомів посттравматичного стресового розладу, пов'язаних з тим, що він був свідком того, як 20 років тому жінку збила машина. Він повідомив, що не лише був свідком аварії, але й вийшов на допомогу жінці після того, як вона зазнала ушкодження, і вона померла у нього на руках, поки вони чекали приїзду швидкої.

Метью зазначив, що він використовував свою роботу бухгалтера, щоб відволіктися від думок про нещасний випадок, але тепер, коли він вийшов на пенсію, він виявив, що не може ефективно справлятися з нав'язливими думками про подію. Спочатку після аварії він звернувся до психотерапевта, але він повідомив, що ця терапія була орієнтована на підтримку і не забезпечила йому помітного полегшення симптомів. Він припинив відвідувати це лікування після семи сесій, оскільки він не отримав від нього жодної користі. На початковому етапі терапевт провів PCL-5 для оцінки тяжкості симптомів ПТСР. Його оцінка за PCL-5 була 46, що вказує на ймовірний діагноз посттравматичного стресового розладу та важкі симптоми посттравматичного стресового розладу. Терапевт запропонував Метью кілька варіантів лікування посттравматичного стресового розладу, і Метью обрав ПЕТ, оскільки вважав, що йому може сподобатися процес написання, і волів не мати завдань між сесіями, які включали інші варіанти лікування. Терапевт і Метью призначили першу сесію ПЕТ.

Перші дві сесії пройшли добре; Метью дотримувався інструкцій з написання та використовував усі 30 хвилин відведеного часу для написання під час кожного заняття. Він повідомив терапевту, що, незважаючи на те, що йому було емоційно важко пережити досвід травми, він виявив, що письмові сесії були схожі на «підйом тягаря». Якраз перед третьою сесією Метью зв'язався з терапевтом, щоб скасувати майбутню сесію через невдале падіння на льоду перед його домом. Сесію перенесли на кілька днів пізніше. Коли Метью з'явився на третю сесію, його права рука була в гіпсі, і він повідомив, що зламав праве зап'ястя під час падіння. Оскільки він був правшою, він не міг писати протягом решти сесій. Терапевт і Метью домовилися, що він завершить сесії, що залишилися, розмовляючи в цифровий диктофон, а не пишучи. Сесії відбувалися як завжди, за винятком того, що Метью говорив у цифровий

диктофон. Терапевт прослуховував записані сесії перед кожною наступною сесією і, як зазвичай, надавав зворотний зв'язок.

Його бал за PCL-5 після останньої сесії ПЕТ становив 12, що вказує на значне зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу порівняно з початковим рівнем; насправді малоймовірно, що він відповідав діагностичним критеріям ПТСР. Крім того, він повідомив, що почувається краще, ніж за останні роки, зазначивши, що його сон значно покращився, оскільки він більше не мав кошмарів, які його регулярно будили. Метью також зазначив, що він більше не почувається винним за те, що не зміг врятувати жінку, яка померла; тепер він зрозумів, що він нічого не міг зробити, щоб запобігти її смерті. Терапевт і Метью погодилися, що додаткові сесії не потрібні, і лікування було завершено.

Ми лікували клієнтів, які почали лікування через нездатність писати через інвалідність. У цих випадках ми дотримувалися протоколу ПЕТ, але клієнт використовував диктофон, щоб записати розповідь про травму. Використання диктофонів у таких випадках спрацювало добре. Однак, як описано в розділі 3, ми рекомендуємо використовувати диктофон лише тоді, коли клієнт фізично не може писати.

Випадок 4: Прояви дисоціації

Деякі особи, які пережили травму, повідомляють про дисоціативні симптоми на додаток до основних симптомів ПТСР. Фактично, попередні дослідження показують, що від 15% до 30% тих, хто страждає на ПТСР, відповідають критеріям диссоціативного підтипу ПТСР (наприклад, Stein et al., 2013). У минулому були певні занепокоєння щодо використання лікування, заснованого на експозиції, для тих, хто має диссоціативні тенденції, оскільки вони можуть бути не в змозі повною мірою брати участь у вправах експозиції in vivo, не відчуваючи змін у свідомості, які можуть заважати обробці пам’яті про травму в продуктивний спосіб (Cloitre et al., 2012). Проте дослідження вказують на те, що насправді пацієнти з посттравматичним стресовим розладом із схильністю до дисоціації можуть мати ті ж переваги, що й ті, хто не має таких тенденцій, і що занепокоєння терапевта щодо того, що дисоціація заважає терапії, перебільшене (De Jongh et al., 2016). Немає підстав думати, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом із схильністю до дисоціації не можуть отримати таку ж користь від ПЕТ. Фактично, одна з наших клієнтів, Барбара, пережила таку дисоціацію, коли зіткнулася з нагадуваннями про травму.

Барбара була розлученою латиноамериканською жінкою у віці 40 років, яка звернулася на лікування посттравматичного стресового розладу через серйозну автомобільну аварію, якої вона зазнала приблизно 15 років тому. Барбара подорожувала з двома своїми найкращими подругами, коли трапилося лобове зіткнення, в результаті якого обидві її подруги загинули, а Барбара отримала серйозні травми. Після аварії Барбара повідомила, що у неї були значні міжособистісні проблеми; вона більше не бажала мати близьких стосунків, через страх отримати травму ізолювалася у своїй квартирі та не могла працювати. Барбару спостерігав психіатр, який прописав кілька ліків для лікування її симптомів. Вона приймала ці ліки

протягом кількох років з мінімальною користю. Окрім звернень до психіатра, Барбара зазначила, що вона ніколи не проходила психотерапію через брак фінансових ресурсів і медичного страхування, яке не покриває сесії психотерапії. Оцінка життєвих травм вказала на кілька інших подій, включаючи домашнє насильство за участю її колишнього чоловіка. Однак вона чітко повідомила, що автомобільна аварія була пов'язана з її симптомами посттравматичного стресового розладу. На додаток до посттравматичного стресового розладу, на основі адміністрування модуля розладів настрою Структурованого діагностичного інтерв'ю для діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, четверте видання (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1994), Барбара відповідала діагностичним критеріям дистимічного розладу. Її бал за PCL-5 становив 68. Було обговорено кілька варіантів лікування посттравматичного стресового розладу, але вона надала значну перевагу ПЕТ; вона хотіла лікування, яке вимагало б менше сеансів, тому що вона відчувала значний дистрес, коли виходила з дому. Терапевт і Барбара погодилися провести першу сесію ПЕТ через 1 тиждень.

Барбара прийшла вчасно на свою першу сесію ПЕТ. Терапевт надав обґрунтування лікування, а потім прочитав письмові інструкції. Барбара дуже розплакалася, коли їй дали інструкції з написання, тому що вона боялася писати про автомобільну аварію, яку зазвичай намагалася не згадувати. Терапевт повторив обґрунтування лікування та нагадав Барбарі, що вона просто розповідає про нещасний випадок, а не переживає його заново, і він зазначив важливість цієї відмінності. Барбара продовжувала обговорювати свої страхи щодо написання, і терапевт правильно визнав її бажання обговорити свій страх як засіб уникнення фактичного написання. Чим більше Барбара би про процес написання, тим більше вона відчувала би страх і побоювання. Щоб зменшити її тривогу та уникання, терапевт швидко запитав Барбару про оцінку SUDS (яка була 90) і сказав їй почати 30 хвилин написання. Терапевт також зазначив, що він буде стежити за часом і повернеться в кімнату, коли закінчаться 30 хвилин.

Приблизно через 20 хвилин Барбара вийшла з кімнати і сказала терапевту, що не може продовжувати писати. Терапевт і Барбара повернулися в кімнату, де терапевт заохочував Барбару продовжувати писати протягом решти 10 хвилин. Барбара повідомила, що просто не могла терпіти написання про свій досвід. Розуміючи, що Барбару неможливо переконати писати більше, терапевт запитав Барбару про її оцінку SUDS, яка становила 95. Терапевт помітив, що предмети на столі, за яким сиділа Барбара, були розкидані та перекинуті. Він запитав її, що сталося. Барбара заявила, що вона не впевнена, що сталося, але, можливо, вона трясла стіл під час сесії. Барбара повідомила, що написання було важким досвідом для неї, оскільки вона відчувала, ніби нещасний випадок повторюється; це був не просто спогад. Вона також зазначила, що, на її думку, могла «втрачати свідомість» під час сесії. Після подальших опитувань Барбара визнала, що іноді вона «втрачає зв'язок» з реальністю, але ці переживання були досить рідкісними і тривали лише кілька хвилин. Терапевт запропонував деякі техніки, які Барбара могла б використати, щоб «заземлити» себе, коли вона починає відчувати ці дисоціативні явища. Барбара не знала, що існують методи, які вона могла б

використовувати під час цих епізодів, і повідомила, що спробує використовувати їх вдома, а також під час майбутніх сесій лікування.

Терапевт похвалив Барбару за завершення першої сесії письма, особливо в світлі того, про який страх вона повідомила на початку сесії. Він також відмітив, що Барбара могла толерувати високий рівень страху, який вона відчувала. Враховуючи її попередню оцінку SUDS 95, терапевт попросив Барбару надати ще одну оцінку SUDS перед завершенням сеансу, який Барбара повідомила як 75. Помітивши зниження з початку написання, терапевт призначив другу сесію ПЕТ і проінструктував Барбару, що якщо у неї будуть думки, образи чи почуття щодо автомобільної аварії протягом наступного тижня, вона має дозволити собі їх мати, якими б вони не були.

Терапевт прочитав перший наратив, який складався з трьох речень. Перше речення починалося з опису того, як Барбара та її подруги їхали додому після обіду, і дві подруги Барбари сиділи на передньому сидінні, а Барбара сиділа ззаду. Друге речення було неповним описом яскравого світла, гучного шуму та запаху гару. Третє речення складалося лише з кількох слів, написаних ВЕЛИКИМИ ЛІТЕРАМИ (наприклад, «ЧЕРВОНИЙ»). Терапевту здалося, що Барбара швидко перевантажилася письмом і що дисоціативний досвід виник на початку сесії письма. Коли Барбара прийшла на другу сесію письма, терапевт більше говорив з нею про те, що сталося під час першої сесії письма, оскільки вона змогла написати лише кілька речень. Барбара визнала, що відчувала себе приголомшеною на початку написання і не могла просунутися далі після перших двох речень. Враховуючи це, терапевт запропонував залишитися з нею в кімнаті, щоб допомогти «заземлити» її у випадку, якщо вона знову дисоціює. Барбара погодилася, що, мабуть, буде корисно, якщо терапевт залишиться в кімнаті. Він підкреслив, що просто сидітиме в кімнаті і не спілкуватиметься з Барбарою, якщо це не буде потрібно їй для того, щоб продовжувати писати.

Терапевт прочитав Барбарі інструкції щодо другої сесії письма та попросив її надати оцінку SUDS, яка становила 90. Потім терапевт запропонував Барбарі почати писати протягом 30 хвилин і сказав їй, що він повідомить їй, коли вона повинна припинити писати. Потім Барбара продовжила писати, а терапевт залишився в кімнаті. Приблизно через 15 хвилин сеансу Барбара помітно засмутилася, і терапевт подумав, що вона може дисоціювати. Він наказав їй тримати ноги на підлозі та схопитися лівою рукою за лівий кут столу. Барбара виконала ці вказівки і, здавалося, стала менш засмученою. Хоча вона припинила писати на кілька хвилин, вона почала писати знову після того, як отримала інструкції щодо заземлення. Через 30 хвилин терапевт сказав Барбарі припинити писати. Вона повідомила про свій SUDS після того, як писала, як 75. Тоді терапевт запитав Барбару, як для неї пройшла ця сесія написання. Вона повідомила, що, хоча процес написання її все ще дуже засмучує, він був легшим, ніж на попередній сесії. Терапевт зазначив, що її оцінка SUDS свідчить про те, що вона відчувала менший стрес, ніж під час першої сесії письма. Барбара зазначила, що була вражена тим, що змогла написати стільки про аварію, і що це був перший раз після аварії, коли вона дозволила собі думати про неї в такій мірі. Терапевт знову похвалив Барбару за завершення сесії та зазначив, що вона була сильнішою, ніж вона думала. Барбара

погодилася, що вона, ймовірно, недооцінила свою силу та здатність долати виклики. Терапевт нагадав Барбарі дозволити собі мати будь-які образи, думки чи почуття щодо нещасного випадку, які виникатимуть, замість того, щоб намагатися їх відштовхнути. Барбара визнала, що для неї було б важко виконати цю інструкцію, але вона спробує. Сесія закінчилася.

Барбара прийшла на третю сесію, повідомивши, що для неї було корисно, щоб терапевт залишався в кімнаті, поки вона писала під час попередньої сесії, і що вона хотіла б, щоб терапевт залишався в кімнаті під час сесії. Терапевт погодився залишитися в кімнаті та повідомив Барбарі, що він прочитав її розповідь про травму та був вражений тим, як багато вона змогла написати про подію, особливо порівняно з тим, що вона змогла досягти під час першої сесії. Він також зазначив, наскільки добре вона включила деталі аварії. Він зауважив, що вона мало писала про свої думки та почуття щодо аварії, і що для неї було б важливо зробити це на цій сесії. Барбара погодилася з такою оцінкою її розповіді про травму та сказала, що зробить усе можливе, щоб написати про свої думки та почуття.

Потім терапевт прочитав інструкції для третьої сесії письма, отримав у Барбари оцінку SUDS, яка становила 75, і спонукав її почати писати. Ця сесія була схожа на другу сесію письм тим, що Барбара дуже засмутилася під час написання про травму, тоді вона припинила писати та, здавалося, дисоціювала. Однак перш ніж терапевт зміг надати інструкції щодо заземлення, Барбара почала використовувати техніку заземлення, про яку терапевт розповідав їй раніше, яка полягала в натягуванні і відпусканні гумової стрічки, яка була навколо її зап’ястя. Терапевт зазначив, що після того, як вона кілька разів клацнула гумкою, Барбара стала більш зосередженою і продовжила писати. Після 30 хвилин написання терапевт вказав Барбарі припинити писати та спитав її бал SUDS, який становив 65. Терапевт запитав Барбару про використання техніки заземлення гумкою, і вона повідомила, що почала використовувати цю техніку між сесіями і виявила, що це допомогло їй заземлитися, коли вона почала дисоціювати вдома. Терапевт похвалив Барбару за проактивність у використанні методів заземлення між сесіями. Потім вони обговорили процес написання під час цієї сесії, яка, за словами Барбари, все ще була складною, але легшою, ніж попередні сесії. Вона також зазначила, що написала про деякі свої думки та почуття на поточній сесії. Потім терапевт дав Барбарі інструкції не уникати думок, образів і почуттів про нещасний випадок, якщо вони виникають протягом тижня, і сесію було завершено.

Огляд третьої розповіді Барбари узгоджувався з її повідомленням про те, що вона певною мірою написала про свої думки та почуття. Коли Барбара прийшла на наступну сесію, вона повідомила, що минулого тижня двічі вечеряла з подругою, що для неї було дуже незвично. Вона пояснила, що пішла на вечерю як результат того, що отримала позитивний досвід зіткнення зі своїми спогадами про травму та усвідомлення того, що їй потрібно почати стикатися з іншими речами у своєму житті, яких вона уникала внаслідок автомобільної аварії. Терапевт похвалив Барбару за ці позитивні кроки. Оскільки вона добре впоралася на попередній сесії, вони погодились, що терапевт не залишиться в кімнаті на цьому сеансі. Терапевт прочитав інструкції для четвертої сесії письма та попросив Барбару надати оцінку

SUDS, яка становила 60. Їй було запропоновано почати писати з нагадуванням, що терапевт слідкуватиме за часом і повернеться через 30 хвилин. Через 30 хвилин терапевт повернувся в кімнату і спонукав Барбару припинити писати. Вона надала оцінку SUDS 55, що відповідає поступовому зниженню SUDS протягом сесій; терапевт зауважив це Барбарі. Барбара повідомила, що сесії, здається, поступово ставали легшими, і що під час сесій у неї рідше спостерігалися диссоціативні переживання. Вона пояснила зменшення дисоціації поєднанням вивчення технік заземлення і відчуттям меншого страху перед зіткненням зі своїми спогадами про травму.

Остання сесія письма проходила так само, як 4. Бал за PCL-5 Барбари на останній сесії становив 43, що було помітним зниженням у порівнянні з її балом перед лікуванням, який становив 68. Однак її бал все ще був відносно високим і вказував на важкі симптоми посттравматичного стресового розладу. Оцінка відповідала власним спостереженням Барбари про те, що хоча вона й отримала певну користь від лікування, вона все ще могла б використати деякі додаткові методи лікування. Терапевт запропонував їм продовжити лікування посттравматичного стресового розладу разом, провівши додаткові сеанси ПЕТ або спробувавши інший травмафокусований підхід, наприклад, пролонговану експозицію. Зокрема, враховуючи велику кількість поведінки уникання, яку Барбара використовувала і яка спричинила їй значні порушення, терапевт вважав, що компонент пролонгованої експозиції in vivo може бути особливо корисним. Барбара повідомила, що вона задоволена лікуванням, яке вона отримала від ПЕТ і зазначила, що вона почала стикатися з ситуаціями, людьми та місцями, яких вона уникала після автомобільної аварії. Вона вірила, що зможе продовжувати прогресувати самостійно без додаткових сесій лікування. Терапевт поважав вибір Барбари, але дав їй знати, що вона може повернутися для лікування, якщо передумає або трапиться рецидив.

Випадок 5: Резистентність до травмафокусованого лікування

Як ми бачили з останнього прикладу, багато з тих, хто страждає на ПТСР, не бажають протистояти своїм травматичним спогадам. Незважаючи на те, що деякі з них долають свої страхи і повністю беруть участь у лікуванні, як Барбара, є інші, які або не хочуть, або не можуть брати участь навіть із заохоченням терапевта. Цей останній приклад описує такого клієнта.

Джон був розлученим ветераном у віці 50 років, який звернувся за лікуванням посттравматичного стресового розладу, пов’язаного із військовою сексуальною травмою, яка сталася 30 років тому. Джон зазначив, що під час військової служби він зазнав сексуального насильства з боку двох товаришів по службі. Він заявив, що не повідомляв про напад, тому що відчував сором і відчував, що повідомлення про подію мало б для нього негативний результат. Він повідомив, що в минулому кілька разів звертався за лікуванням посттравматичного стресового розладу і отримував пролонговану експозицію, когнітивно-

процесуальну терапію та підтримуюче консультування. Однак він не вважав лікування корисним і передчасно припинив кожен із цих курсів лікування. Окрім відповідності діагностичним критеріям посттравматичного стресового розладу, Джон також мав тривалу історію розладу, пов’язаного зі зловживанням психоактивними речовинами. Однак він повідомив лише про помірне споживання алкоголю під час обстеження для цього лікування.

З Джоном обговорили декілька варіантів лікування; він вирішив спробувати ПЕТ, тому що хотів зробити щось інше, ніж те, що він робив раніше, ідея написання про травму видалась йому привабливою, і йому подобалося, що не буде завдань між сесіями. PCL-5 Джона на першому сеансі становив 49, що вказує на ймовірний ПТСР відносно високого ступеня тяжкості.

Під час першої сесії ПЕТ терапевтка перепитала Джона, щоб переконатися, що він не змінив свою думку щодо свого лікування. Джон підтвердив, що хоче продовжити роботу з ПЕТ. Потім терапевтка пояснила обґрунтування лікування та надав Джону психоедукацію щодо ПТСР. Терапевтка також прочитала інструкцію з написання для першої сесії. Джон зазначив, що він зрозумів інструкції та готовий почати писати. Потім терапевтка спитала у Джона оцінку SUDS, яка становила 35. Вона повідомила Джону, що буде стежити за часом і що через 30 хвилин повернеться в кімнату, щоб спонукати його припинити писати.

Через 30 хвилин терапевтка повернулася до кімнати, щоб повідомити Джону, що йому слід припинити писати. Вона спитала у Джона оцінку SUDS відповідно до того, як він почувався в той момент, і Джон надав оцінку 40. Потім терапевтка поцікавилася, як для Джона пройшло написання. Він заявив, що не міг дуже багато написати; йому було важко писати про напад, який він пережив, тому що йому було боляче розповідати про цю подію. Терапевтка запитала Джона, що він робив під час сеансу, якщо не витрачав час на писання. Джон повідомив, що він витратив час на роздуми про те, що він міг би або хотів би написати, але вирішив, що це просто не те, що він відчуває в змозі зробити. Терапевтка запитала Джона, чи хоче він продовжити лікування; Джон зазначив, що він дійсно хоче продовжити, оскільки відчуває, що зможе писати на наступній сесії. Потім терапевтка призначила другу сесію ПЕТ з Джоном і надала йому інструкцію, що він не повинен намагатися придушити будь-які думки, образи чи почуття, які він може мати щодо події, якими б вони не були. Джон заявив, що докладе всіх зусиль.

Після сеансу терапевтка переглянула розповідь. Джон написав кілька сторінок, які в основному зосереджувалися на подіях дня, що передували нападу. Однак, як тільки Джон дійшов до нападу, він, здавалося, перестав писати. Коли Джон повернувся на другу сесію ПЕТ, терапевтка зазначила, що він витратив більше часу на написання, ніж він сказав терапевтці, але зазначила, що він також перестав писати, коли дійшов до тієї частини своєї розповіді, в якій на нього напали. Джон погодився з цією оцінкою та зазначив, що відчуває готовність написати про травму на цій сесії. Потім терапевтка прочитала інструкції для 2 сесії, спитала оцінку SUDS Джона (яка була 30) і запропонувала йому почати писати.

Через 30 хвилин терапевтка повернулася в кімнату і спонукала Джона припинити писати. Було взято оцінку SUDS, яку Джон повідомив як 30, і терапевтка запитала, як пройшов сеанс.

Джон зізнався, що йому було важко писати про напад. Він поставив під сумнів сенс написання наративу, якому терапевтка надала обґрунтування як протистоянню спогадам про травму. Вона запитала Джона про труднощі, які він мав, на що він відповів, що йому просто не подобається думати про напад і він не може змусити себе це зробити, хоча він розуміє, чому це буде корисно. Терапевтка зазначила, що низькі оцінки SUDS як до, так і після написання під час перших двох сесій вказують на те, що Джон продовжує уникати спогадів про травму, і що йому потрібно буде пригадувати травматичні спогади, щоб отримати користь від лікування. Крім того, його бал PCL-5 під час другої сесії була подібною до оцінки перед лікуванням. Вона знову запитала у Джона, чи має сенс продовжувати лікування, якщо він не хоче писати про травму. Джон заявив, що не хоче відмовлятися від спроб і що повернеться наступного тижня, готовий «взятися за роботу». Після того, як терапевтка Джону не уникати тривожних думок і образів, які він міг відчувати щодо травми між сесіями, вони призначили наступну сесію.

Після сесії терапевтка переглянула розповідь Джона. Хоча він почав писати про сексуальне насильство, він написав лише кілька речень. Більше того, на відміну від його логічної, чіткої та детальної оповіді, написаної на першій сесії, розповідь другої сесії складалася з незакінчених речень («спітніле світле волосся», «смерділо цигарками»). Коли Джон повернувся на третю сесію ПЕТ, він заявив, що він готовий продовжувати лікування, але хотів, щоб терапевтка знала, що він не зможе писати про напад. Терапевтка зазначила, що якщо він не хоче писати про напад, вони не зможуть продовжити лікування. Джон заявив, що він поважає рішення терапевтки не продовжувати ПЕТ. Потім терапевтка обговорила з Джоном його цілі лікування, якими було зменшення симптомів ПТСР (наприклад, менше кошмарів, менше поведінки уникнення, менше гніву, кращі стосунки). Терапевтка пояснила, що для досягнення цих цілей лікування йому потрібно буде зіткнутися зі своїми спогадами про травму. Джон заявив, що він готовий радше «справлятися» зі своїми симптомами, ніж дозволити собі думати про те, що з ним сталося. Враховуючи резистентність Джона до травмафокусованого лікування, яка випливала з його історії лікування та передчасної відмови від інших травмафокусованих методів лікування, терапевтка запропонувала Джону альтернативні варіанти лікування. Джон і терапевтка погодилися, що група навчання менеджменту гніву була б хорошим альтернативним варіантом лікування, оскільки вона дала б Джону навички, щоб краще керувати своїм хронічним гнівом, і забезпечила б соціальну взаємодію з людьми, які пережили травматичні події. Соціальна взаємодія була б корисною з точки зору зменшення його соціальної ізоляції. Тоді Джона направили до групи подолання гніву, і індивідуальне лікування було припинено.

Не є рідкісним те, що деякі клієнти просто не бажають зіткнутися зі своїми спогадами про травму, незалежно від того, наскільки терапевт вміло пояснює чому це було б корисно. Ефективна травмафокусована терапія залежить від участі як клієнта, так і терапевта. Якщо клієнт, який приходить на сеанси, не бажає брати участь у лікуванні, тоді нерозумно намагатися продовжувати працювати над побудовою стосунків у надії, що клієнт одумається й почне брати участь у лікуванні. Набагато краще припинити травмафокусоване лікування з клієнтом, який цього не бажає, і вибрати інший шлях лікування, ніж продовжувати спроби

проводити сесії травмафокусованого лікування коли клієнт цього не бажає. Клієнти, які не готові до травмафокусованого лікування але мають загалом позитивне ставлення до цього лікування, можуть повернутися пізніше, коли відчують, що готові рухатися вперед. Однак, якщо вони завершать курс травмафокусованого лікування під час якого вони ніколи не виконували завдань між сесіями або не займалися роботою під час сесій, тоді вони залишать лікування з враженням, що лікування не працює. У таких випадках вони з меншою ймовірністю спробують лікування знову в майбутньому, коли вони були б більш здатні брати участь у лікуванні.

Хоча Джон не хотів протистояти своїм спогадам про травму, більшість клієнтів готові це зробити. Не є нетиповим для клієнтів демонструвати певне небажання брати участь у експозиції в уяві. Однак підтримуючий і заохочуючий лікар може впоратися з таким небажанням. Ті клієнти, які вирішать продовжити ПЕТ, будуть приємно здивовані, виявивши, що писати про свої травматичні спогади було не так відразливо, як вони боялися. Крім того, вони відчувають переваги лікування за короткий проміжок часу без виконання завдань між сесіями. Клієнт завершує п’ять сесій ПЕТ, відчуваючи, що процес зрушено, і він чи вона в змозі відновити стосунки, добре виконувати роботу та відчувати посилення у відчутті задоволення від життя.