

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ВНЗ «УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

*/Рекомендація кафедри до захисту  
Підпис/зав. кафедри/*

**Гук Яна Вікторівна**

**СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ  
ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА  
КОМПЛЕКСНИЙ ПТСР**

**Спеціальність: 053 – Психологія  
Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра**

Кафедра клінічної психології  
Науковий керівник –  
Аврамчук Олександр Сергійович  
канд. психологічних наук,  
доцент кафедри клінічної психології УКУ

**Львів 2019**

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»  
Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології**

**ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА  
до магістерської роботи**

**магістр**

**на тему:**

**СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ  
ІНТЕРВЕНЦІЙ У РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА  
КОМПЛЕКСНИЙ ПТСР**

**Виконала:** студентка 6 курсу,  
групи ЗПК-17/М  
спеціальність 053. Психологія

**Гук Яна Вікторівна**

**Керівник:** Аврамчук Олександр Сергійович

**Рецензент:** \_\_\_\_\_

**Львів 2019**

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»  
Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології**

Освітній ступінь: магістр

Спеціальність: 053 Психологія

Освітня програма: Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**З А В Д А Н Н Я  
НА МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ  
Гук Яні Вікторівні**

1. Тема роботи: Систематичний огляд ефективності психотерапевтичних інтервенцій у роботі з людьми, які страждають на комплексний ПТСР.

Керівник роботи: Аврамчук Олександр Сергійович, канд. психологічних наук, доцент кафедри клінічної психології УКУ затверджені Вченою Радою факультету від “23” жовтня 2018р. № протоколу -3.

2. Строк подання студенткою роботи: 24.05. 2019р

3. Вихідні дані по роботі): вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки): 1) Розглянути теоретичні аспекти проблеми терапії посттравматичного стресового розладу; 2. Виявити методологічні проблеми досліджень з психотерапевтичних інтервенцій КПТСР; 3) Розробити критерії відбору включення та вилучення досліджень ефективності психотерапевтичних інтервенцій при КПТСР для проведення систематичного огляду; 4) Проаналізувати та інтерпретувати результати досліджень; 5)Зробити висновки та запропонувати рекомендації.

5. Перелік графічного матеріалу: основний текст магістерської роботи проілюстровано 2 таблицями, 2 рисунками, 1 блок-схемою і 9 додатків, які відображають теоретичні аспекти, дизайн дослідження та результати отриманих даних.

6. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

**Студент**

**Гук Я.В.**

( підпис )

( прізвище та ініціали )

**Керівник проекту (роботи)**

**Аврамчук О.С.,**

( підпис ) ( прізвище та ініціали )

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КОМПЛЕКСНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (КПТСР).....	
1.1. Загальний огляд КПТСР як нової діагностичної категорії.....	
1.1.1 Етіологія та концептуалізація поняття КПТСР.....	
1.1.2 Особливості поширення та діагностики КПТСР.....	
РОЗДІЛ ІІ. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КПТСР.....	
2.1 Методичні підходи до проведення системного літературного огляду .....	
2.2 Характеристика етапів організації та проведення дослідження .....	
РОЗДІЛ ІІІ СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КПТСР.....	
3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей психотерапевтичних інтервенцій.....	
3.2. Методологічні обмеження досліджень.....	
3.3 Підсумки та рекомендації.....	
ВИСНОВКИ.....	
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	
ДОДАТКИ.....	

## ВСТУП

В осіб, які зазнали складного, повторювального травматичного досвіду, такого як фізичне чи сексуальне насильство, систематична занедбаність у дитинстві, сімейне насилля, воєнні потрясіння або інше довготривале перебування в загрозовому для життя середовищі, можуть розвинути складні психопатологічні зміни особистості.

**Актуальність** даного дослідження зумовлена тим, що у період сьогодношньої складної політичної ситуації в Україні, значна кількість осіб потерпає від різного виду психотравматизації: втрата близьких, відсутність постійного місця проживання та інших викликів, які виникли в наслідок війни. Разом з тим, ми також спостерігаємо світову тенденцію не замовчувати про феномен сімейного насилля, при якому жертви зазнають фізичного, сексуального та (чи) емоційного абузу. З'являється все більша кількість досліджень з хронічної психотравматизації у дитячому віці, що свідчить про зростання клінічного інтересу до травми розвитку, що спричиняє формування багатьох психопатологій особистості. Вищезазначене свідчить про те, що серед популяції існує значна кількість осіб, у яких можуть спостерігатися ознаки наявності комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), що є новою діагностичною категорією у нещодавно впровадженій МКХ-11.

Проте, з появою нової діагностичної категорія виникла і проблема відсутності емпірично доказових методів її терапії. Попередній огляд літератури, присвяченій терапії КПТСР, виявив обмежену кількість релевантних та валідних досліджень, які б свідчили про ефективність психотерапії при КПТСР. Але ми висуваємо **гіпотезу** про те, що існують певні психотерапевтичні інтервенції, що

мають емпірично доказову ефективність їх застосування, а також є підходи, які є більш ефективними за інші.

Тож **метою** даного дослідження є провести систематичний огляд досліджень застосування психотерапевтичних інтервенцій при терапії комплексного посттравматичного стресового розладу, адже в умовах обмеженої, різномірної інформації - це ефективний спосіб виявлення та узагальнення сучасної наукової інформації.

**Предмет дослідження:** психотерапевтичні інтервенції при терапії комплексного посттравматичного стресового розладу.

**Об'єкт дослідження:** терапія комплексного посттравматичного стресового розладу.

Для реалізації поставленої мети дослідження було окреслено наступні **завдання** дослідження:

1. Розглянути теоретичні аспекти проблеми терапії посттравматичного стресового розладу: визначення поняття, етіології, особливостей клінічної картини, фактори ризику КПТСР та підходи його терапії.
2. Виявити методологічні проблеми досліджень з психотерапевтичних інтервенцій КПТСР.
3. Розробити критерії відбору включення та вилучення досліджень ефективності психотерапевтичних інтервенцій при КПТСР для проведення систематичного огляду.
4. Проаналізувати та інтерпретувати результати досліджень
5. Зробити висновки та запропонувати рекомендації.

Сподіваємось, що в результаті проведеної роботи буде виявлено, які саме психотерапевтичні втручання є ефективними для зменшення множинної

симптоматики КПТСР, а також розглянемо особливості застосування виявлених технік.

В теоретичній частині даного дослідження буде представлено теоретичні аспекти психотерапевтичної роботи з КПТСР: феноменологію комплексного посттравматичного стресового розладу та психотерапевтичні інтервенції його . У практичній частині ми проведемо систематичний огляд рандомізованих, контрольованих досліджень ефективності психотерапевтичних інтервенцій при терапії КПТСР, в результаті чого, сподіваємось, ми отримаємо узагальнені дані, що зможуть бути корисними для ефективного планування та проведення терапії осіб, що страждають на комплексний посттравматичний стресовий розлад.



# **РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КОМПЛЕКСНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (КПТСР).**

## **1.1. Загальний огляд КПТСР як нової діагностичної категорії.**

### **1.1.1 Етіологія та концептуалізація поняття КПТСР.**

З метою розуміння різноманіття та особливостей клінічних проявів у осіб, що зазнали множинної, довготривалої травматизації, ми провели літературний огляд визначень розладів, найчастіше пов'язаних з наслідками комплексної травматизації. Серед перших згадок про діагностичний конструкт, що описував складні мультимодальні зміни зустрічаємо: “Посттравматичний розлад характеру” [1], “ускладнений ПТСР” [2], “Розлади екстремального стресу неуточненого типу” (DESNOS) [3], “травма розвитку” [4], “травма типу II” [5], “травма “Я” [6], “посттравматичний розлад особистості” [7], ПТСР та його Associated Features in the DSM-IV [8], дисоціативний підтип ПТСР (DSM-V) [9].

Вперше визначення “Комплексний посттравматичний стресовий розлад” було вжито Дж. Герман, яка зауважила, що “існуюче діагностичне формулювання ПТСР не охоплює всього різноманіття ускладнень, що спричинені тривалою, повторюваною травматизацією” [10, р. 377]. До того ж, відсутність коректної та зрозумілої діагностичної категорії в класифікаційних системах може призвести до серйозних наслідків для пацієнтів, що зазнали комплексної травми, а недостатнє розуміння клінічної картини та прогнозів перебігу розладу унеможливорює планування та проведення ефективної терапії для фахівців [10]. Тому було запропоновано ввести новий діагноз - КПТСР, що мав би вирішити дану проблему.

Проте, з появою даної діагностичної категорії постало питання доцільності її включення до класифікаційних систем. Аналіз сучасних наукових досліджень з цієї тематики виявив нечисленні та суперечливі результати. Деякі автори не знаходять надійних та валідних доказів, що КПТСР має бути виділений як повноцінний діагноз (11; 12), частина наголошує, що складні психопатологічні зміни свідчать про коморбідність ПТСР з МРО (13, 14; 15, 16), хтось виділяє підтипи ПТСР [9], проте більшість дослідників визнають право та важливість появи даної психодіагностичної категорії в сучасних класифікаційних системах [17,18,19,20,21].

Попри те, що КПТСР було включено в попередню версію DSM-IV, актуальна версія керівництва його не містить. Серед існуючих розладів тільки ПТСР та МРО певною мірою задовольняють опис КПТСР, проте вони не охоплюють весь спектр комплексної симптоматики осіб, що зазнали множинної травматизації.

На основі емпіричного підтвердження валідності, КПТСР було включено в МКХ-11 Згідно його визначення, комплексний посттравматичний стресовий розлад - це розлад, що може розвинутися у осіб, які зазнали загрози або катастрофічну подію чи кілька подій, а також були жертвами довготривалих, повторюваних подій, яких не можливо або важко уникнути (наприклад, тортури, рабство, геноцид, довготривале домашнє насилля, повторюване дитяче, сексуальне чи фізичне насильство). КПТСР описується як розширена версія існуючого визначення ПТСР, з головними клінічними особливостями ПТСР та трьома додатковими кластерами симптомів, а саме: емоційна дисрегуляція, негативне самосприйняття та складності в інтерперсональних стосунках. Дані симптоми спричиняють значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній та інших важливих сферах функціонування [21].

Спираючись на роботи інших дослідників, вважаємо, що дане визначення не повною мірою відповідає клінічним ознакам осіб, що зазнали комплексної травми.

### **Розділ 1.1.2 Особливості поширення та діагностики КПТСР.**

Так як КПТСР довгий час був протирічним діагнозом, то на сьогодні дані щодо його поширення. За даними дослідження, у якому прийняли участь 2695 осіб з загальної популяції США, рівень поширеності становив 0,6%. Водночас порівняння характерної симптоматики КПТСР експериментальної вибірки та ознак КПТСР серед ветеранів бойових дій не виявило статистично значимих відмінностей, що засвідчило доцільність використання діагностичних критеріїв для загальної популяції [23]. Про те, що симптоматика КПТСР є невід'ємною частиною в травматизованій популяції зазначається і в інших дослідженнях [24, 25].

Як було зазначено в попередньому розділі, головною умовою для діагностування КПТСР є наявність певних травматичних подій. Та загальновідомо, що наявність травматичного досвіду не завжди є передумовою розвитку комплексної симптоматики. Тому важливим є дослідити *фактори*, що зумовлюють появу та визначають перебіг розладу, разом з тим, слугують прогностичними факторами ефективності терапії. Проте, наразі нам не вдалось знайти дослідження з виявлення факторів ризику специфічно для КПТСР. Але, вважаємо, що нижчеописані чинники можуть визначати вірогідність розвитку КПТСР. На основі робіт [10, ] Ми виділяємо 3 групи : особливості травми, особливості особи, зовнішні чинники.

#### **Особливості травми.**

Травма може різнитися за змістом, кількістю, часом виникнення та тривалістю. В Herman, 1992b зазначається, що до травматичних подій, які можуть

спровокувати розвиток КПТСР відноситься серія комплексних травм або пролонгована травма в ранні роки життя.[10]. В роботах [26, 27] вказується, що найбільш поширений вид довготривалої травматизації спричинений інтерперсональними відносинами, зокрема, дитяче сексуальне насилля або ж будь-який інший вид насилля чи занедбання. Більш повне визначення зустрічаємо в [28], де комплексна травма описується як “ такі події як дитяче сексуальне насильство чи генецод, під час яких вони (особи) .... потерпають від повторюваних, множинних форм травматизації...яких неможливо уникнути внаслідок фізичних, психологічних, вікових, соціальних обмежень ” [28].

Kessler зазначає, що більшість травматизованих пацієнтів насправді зазнають множинної травматизації [29]. Про вразливість до майбутньої віктимізації осіб, що зазнали сексуального насилля в дитячому віці зазначається і в [30]. Емпірично доведено, що особи, які зазнали множинної травматизації, розвиваються більш складні психічні та фізичні порушення ніж ті, з якими трапилась одна травматична подія [31].

Часті випадки ревіктимізації пояснюються теорією, що внаслідок комплексної травматизації, особи не здатні помічати ознаки небезпечних ситуацій та, як правило, розраховують на інших дезадаптивними способами. Внаслідок чого, згідно досліджень [32,33,34], жінки, що стали жертвами насильницьких інтерперсональних стосунків зазнають повторної травматизації, що провокує ще більші ускладнення. Було виявлено, що особи з історією дитячого сексуального аб'юзу повідомляють про значно більшу кількість випадків викрадення, зґвалтування, спроб вбивства та інших форм віктимізації. [35]. Проте, за думкою Cloitre et al, у осіб, що зазнали повторюваної та множинної травматизації в дорослому віці може розвинутих симптоми КПТСР навіть без дитячої травматизації [16].

## **Особливості осіб**

Як бачимо, більшість літератури вказує на те, що ранні роки життя є найбільш важливим фактором вразливості, наголошуючи на причині дисункційного розвитку дитинства. Згідно “розвиткового підходу”[36], на ступінь вираженості симптоматики більше впливає акумулятивна травма дитинства, ніж множинна травматизація в дорослому віці. Серед інших факторів виділяють: низький соціально- економічний рівень, сімейна історія психіатричних розладів, низький рівень ІО, погана освіта. (37). Щодо гендерних особливостей, то наразі немає однозначної думки. Деякі дослідники стверджують, що стать впливає на перебіг розладу та терапії(38] Про те, що кількість жінок, яким може бути діагностовано КПТСР вдвічі перевищує чоловік зазначається в [39, 40].

До **зовнішніх чинників** ми віднесли сімейні та соціальні чинники, які опосередковано впливають на перебіг травматичного досвіду. Це-відсутність надійної значимої особи та підтримки оточуючих. Невизнання травми іншими шляхом “замовчування”, критикою чи приниженням. А також, переїзди, зміна місця навчання чи роботи, нещасні випадки, смерть значимої особи [37].

Разом з тим, виділяють і фактори, що мають **позитивний ефект** на превенцію, перебіг та терапію КПТСР: надійні, довготривалі стосунки хоча б з однією значимою особою в дитячому віці; виховання в повній сім'ї; надійна та підтримуюча значима особа в дорослому віці (партнер, друг, чоловік/жінка.); освіта вище середнього; активна, соціальна підтримка (однодумці, школа, церква та ін); зайнятість [41].

Припускаємо, що з відсутністю епідеміологічних даних також пов'язана **проблема діагностики** КПТСР. Хоча дослідження з вивчення наслідків комплексної травми проводились вже тривалий час, ми виявляємо проблему

відсутності єдиного валідного інструменту для вимірювання всіх клінічних особливостей КПТСП. Тому клініцисти використовували декілька інструментів.

Для оцінювання ступеню тяжкості симптоматики та відстеженню прогресу терапії осіб, що зазнали комплексної травматизації використовується: SIDES, шкала травматичної симптоматики (TSI; Briere, 1995), опитувальник інтерперсональних проблем (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988), самозаповнюча шкала соціального функціонування (SAS-SR; Weissman & Bothwell, 1976) шкала дисоціативних ознак (DES; Carlson & Putnam, 1993). В додатку А представлено повний перелік скринінгових та діагностичних інструментів при роботі з травмою.

Проте, як тільки було запропоновано включити КПТСП до МКХ-11 з'явилась необхідність розробки відповідного валідного інструменту. Так, Dorr et al., розробили скринінговий інструмент SkPTBS, що визначає: a) наявність травматичного досвіду, b) фактори ризику та c) симптоми КПТСП. [42] Проте в загальному доступі ми знаходимо тільки Міжнародний Опитувальник Травми (ITQ), що вимірює 16 клінічних ознак КПТСП. Він був розроблений Cloitre et al., 2015, надійність та валідність якого вже емпірично підтверджена (44).

Тож, як бачимо, вищезазначені інструменти є ефективними для виявлення комплексної симптоматики КПТСП, яку ми розглянемо в наступному розділі.

### **Розділ 1.1.3 Клінічні особливості комплексного посттравматичного стресового розладу**

Як було вищезазначено, проблема конструкту КПТСП довгий час була предметом дискусій. На наш погляд, найбільш повна модель описана в роботі [Cloitre. До симптомів КПТСП включають (a) повторне переживання; (b) уникання/емоційне constriction; (c) гіперзбудження; (d) афективна дизрегуляція;

(e) поведінкова дизрегуляція; (f) проблеми в інтерперсональних стосунках; (g) порушення уваги; (h) дисоціативні стани; (i) дисоціативні порушення в концепція “Я”; (j) порушення в системі знанчень; and (k)хронічний біль, оніміння, параліч частин тіла [45].

В нашій роботі було вирішено описати клінічні особливості КПТСР на основі моделі запропонованої в МКХ-11. Ми поділили симптоми на дві групи, до кожної з яких увійшли по 3 клінічні ознаки. Див Рис 1.



Перша група: “ПТСР-симптоми”, до якої входять а) повторне переживання травми; б) уникання; в) гіперзбудження;

Друга група **“Порушення в самоорганізації (ПСО)”** з а) афективна дисрегуляція (АД); б) негативне самосприйняття (НСС); в) міжособистісні стосунки (МС).

До того ж, на основі аналізу робіт [25,28] ми вирішили включити до опису **соматичну** симптоматику та **дисоціацію**.

У зв'язку зі значною кількістю літератури особливостей ПРТСР, ми детально опишемо тільки визначальні прояви КПТСР, що є особливою проблемою терапії.[ ]

### **“Порушення в самоорганізації”.**

Комплексна симптоматика, головним чином, пов'язана з численними вкоріненими когнітивними спотвореннями після переживання травматичного досвіду. Ebert et al зазначають, що наслідком комплексної травматизації є “ментальна смерть” (46). Зникає почуття ідентичності, втрачається віра та переконання, людина відчуває себе не такою як всі, не може нікому довіряти. В результаті, формується особлива, так звана “система значень” що проявляється в переконаннях “світ небезпечний”, “нікому не можна довіряти” та інші.

В результаті сприймання світу через призму когнітивних спотворень, особи, що страждають на КПТСР мають значні порушення в **афективній регуляції**, характеризуються **негативним самосприйняттям** та мають труднощі з **міжособистісними стосунками**.

Виділяють декілька ознак, що вказують на проблеми з **дисрегуляцією**. До них відносяться: (а) зміни настрою; (б) короткі, але інтенсивні депресивні епізоди, які швидко припиняються; (с) “ектин-аут” самопошкоджуюча поведінка, агресивні прояви, суїцидальні спроби та жести; та (d) дисоціативна реакція на інтенсивні емоціональні потрясіння. [46].



Реакції на тригерируючі обставини можуть бути різними і протирічними. Наприклад, при незначній стресовій події особа може відчувати, що її ніби “накриває”, не може впоратись з нападом агресії, страху чи тривогою. Більше того, не маючи навичок самозаспокоювання в адаптивний спосіб, полегшення емоційного піку забезпечується самодеструктивною поведінкою, зловживанням алкоголю чи речовинами, переїданням або виражається в небезпечній сексуальній активності. Або навпаки, при виникненні важкої стресової ситуації особа “оніміває” і “заморожується”. Не може ні проявити, ні описати, що відчуває (17, 16, 20). Davies and Frawley (1994) зазначають, “нездатність модулювати емоційне збудження часто призводить до невідповідного моторного розряду нестерпної тривоги при гіперзбудженні, та навпаки, недоречному емоційному психомоторному звуженню в стані психічного оніміння” (49, р. 30). Nerman називає це “станом збентеження, ажитації, порожнечі та повної самотності” [49, р. 108]. Детально про гіпер та гіпоактивацію афективної дисрегуляції як невідомої частини КПСТР, описано в нещодавньому дослідженні [50].

### **Негативне сприйняття власного “Я”**

Для осіб, що мають КПТСР характерно сприймати себе як “зруйнованими, чужинцями та тими, хто змінились назавжди” [51]. Вони почувають себе ізольованими, безпомічними, часто відчувають провину за те, що сталося з ними або з іншими, стигматизують себе, описуючи себе “неадекватними, та “як ті, що не заслуговують на любов та добре ставлення до себе”. Переконавання в тому, що вони відрізняються від інших зумовлює дистанціювання та уникання інших, що призводить до ще більшої ізоляції. Вони описують себе як “ніхто”, “ті, що на межі”, “диваки”, та не бачать позитивних перспектив стосовно майбутнього [52,53]. Що цікаво, є досить поширеним, що

попри ці відчуття, те, як їх сприймають оточуючі може кардинально різнитися від їх переконань. І для інших вони можуть здаватися як надзвичайні, компетентні, сильні, співчутливі люди. Проте за імпресивно функціональним образом прихована травматизована особистість, загнана у внутрішньому світі фрагментації, дисоціації, жаху та люті. Тому, з остраху, що інші дізнаються їх “приховану правду” залишаються осторонь від інших [48]. Звичайно, такі переконання впливають на низьку самооцінку, що спричиняє проблемну поведінку [54].

### **Міжособистісні стосунки**

Внаслідок афективної дисрегуляції, спотвореним самосприйняттям та проблемною поведінкою, особи з КПТСР мають значні складності в інтерперсональних стосунках. В більшості, це конфліктні та хаотичні стосунки або уникнення стосунків взагалі [45]. Це також пояснюється феноменом інтерналізації стосунків насильник/жертва. Courtois зазначає, що внаслідок насилля, жертви сприймають інших як тих, хто завжди використовує інших, і можуть отримати будь що будь-яким способом [56]. Тож у стосунках вони часто “демонструють підвищену настороженість до потенційної агресії, порушення меж, несправедливої критики або інший вид потенційної небезпеки [57]. Схильність до гіперконтролю, частий розрив стосунків та їх відсутність пояснюється потребою уникнути майбутньої віктимізації та страхом бути покинутим або втратою стосунків [57]. Для більшості осіб, що мають КПТСР характерний дезорганізований стиль прив'язаності, як “Не покидай мене, геть від мене”. Тому вони або безапеляційно слідуєть вказівкам, або навпаки, займають виключно опозиційну поведінку. Такий стиль прив'язаності збільшує вірогідність до розвитку багатьох психічних розладів [58]. До речі, саме по причині такого

виду прив'язаності є складності в формуванні та підтримки терапевтичного альянсу.

### **Дисоціація.**

Зв'язок між комплексною травмою та дисоціацією емпірично встановлений в багатьох дослідженнях. В ранніх версіях КПТСР дисоціація була одним з головних клінічних ознак, про дисоціацію як визначальну особливість КПТСР зазначається в [59, 60, 61]. Детальний опис феномену дисоціації як частини КПТСР, його різновидів та особливостей подано в Додатку Б.

### **Соматична симптоматика**

В осіб, що зазнали повторюваної травми спостерігаються безсоння, головні болі, гастроентерологічні проблеми, черевні, тазові, спинні болі [10], хронічні болі, параліч та оніміння частин тіла [55], конверсійні реакції сліпота та глухота [62].

### **Диференційна діагностика**

Вищеописане різноманіття симптоматики, безсумнівно, спричиняє проблеми з диференційної діагностики, що є важливим при плануванні ефективної терапії. Тож розглянемо спільні та відмінні особливості розадів, що найчастіше діагностують при комплексній травматизації. Це- посттравматичний стресовий розлад та межовий розлад особистості.

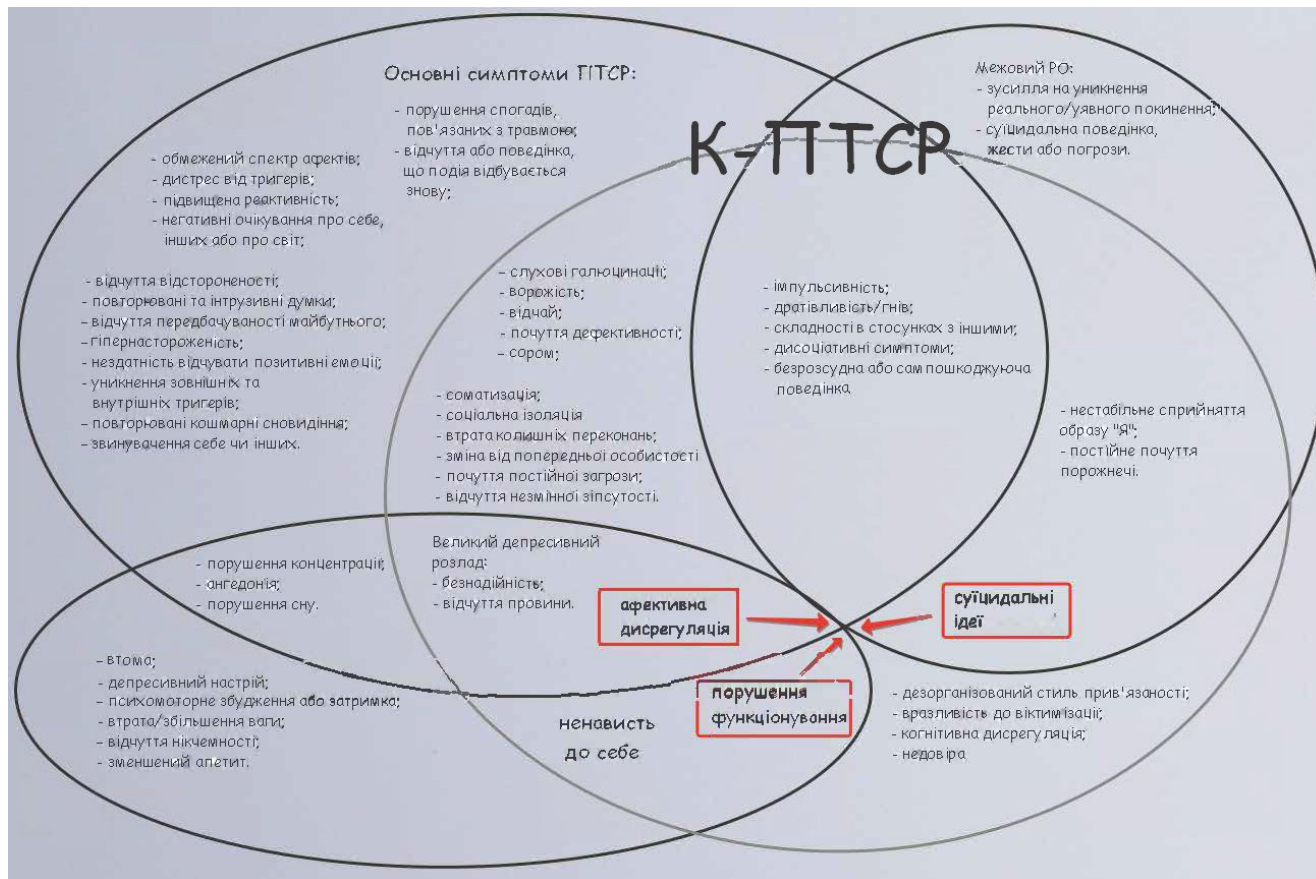
Результати емпіричних досліджень, свідчать про те, що КПТСР суттєво відрізняється від ПТСР та МРО.. У проведеному латентному аналізі [63], емпірично було виявлено: 1) клас “Низької симптоматики”, до якого ввійшли група осіб з низькими рівнем проявів всіх симптомів; 2) клас “ПТСР”, для якого була характерна яскрава вираженість симптомів ПТСР, але низький показник проявів симптомів, що відповідають критеріям комплексного ПТСР та МРО; 3) клас “Комплексний ПТСР”, з вираженістю симптоматики ПТСР та значними

порушеннями в самоорганізації, але з низьким рівнем вираженості симптомів МРО; та 4) клас “МРО”, що характеризується виключно симптомами МРО.

Варто зауважити відмінності в порушенні сфери самоорганізації. Було виявлено, що для осіб з МРО характерні страх бути покинутим, постійні зміни образу власного “Я”, коливання між надмірною ідеалізацією та знеціненням в міжособистісних відносинах, часта імпульсивна, агресивна та суїцидальна поведінки. В свою чергу, для комплексного ПТСР, страх “покинутості” не є характерним, а самосприйняття буде скоріше стабільно негативним, щодо міжособистісних відносин - то особи з КПТСР намагаються уникати близьких стосунків, а не мають “качелість” відносин як при МРО. Стосовно проблем з порушенням емоційної регуляції - то є спільною головною ознакою, проте вираження дисрегуляції є різним. При КПТСР - це реактивна агресія та використання неефективних копінг- стратегії (напр. зловживання алкоголем чи іншими речовинами). При МРО - окрім проявів даної поведінки, провідними ознаками будуть суїцидальні погрози та спроби, а також самопошкоджуюча поведінка. Згідно Luxenburg et al. 2001, МРО представляє розлад прив'язаності, в той час коли DESNOS(попередня версія КПТСР)- розлад саморегуляції.

До того ж, було виявлено, що наявність травматичної події в минулому не є обов'язковою умовою для виникнення МРО, а також, при даному розладі можуть взагалі не відмічатися симптоми характерні для ПТСР. ()

В статті Resick et al. (2012) представлено діаграму Венна, що чудово ілюструє можливі перетини клінічних ознак даних розладів (за виключенням дисоціативних розладів).



За свідченням досліджень з функціонального мрт, нейробиологічні процеси цих розладів також різняться [64].

Проте погоджуючись з думкою дослідників [20,65] ми припускаємо, що у межах гетерогенної групи випадків, класифікованих як МРО, існує значна частина осіб, які більше відповідають критеріям КПТСР. Важливість даного припущення зумовлена можливістю планування більш ефективної терапії, а для осіб, яким було(або буде) діагностовано МРО- мати менш стигматизуючий діагноз.

Щодо **коморбідності**, то, згідно переліку Національного центру співпраці з питань ментального здоров'я, КПТСР може бути коморбідним з депресією, специфічними фобіями, розладами алаптації, дисоціативними розладами та психозами (66). В інших дослідженнях виявлено зв'язок КПТСР з розладами зловживання речовинами, obsesивно-компульсивним та панічним розладами, розладами харчової поведінки [49].

Тож, як бачимо, КПТСР є складним, протирічним, мультимодальним діагностичним конструктом, що, безсумнівно, є викличним в терапії. Тому в наступному розділі перейдемо до огляду літератури з психотерапевтичних інтервенцій даного розладу.

## **1.2 Психотерапевтичні інтервенції комплексного посттравматичного стрессового розладу.**

### **1.2.1 Цілі та структура терапевтичної роботи.**

Огляд літератури свідчить про те, що на сьогодні існує багато досліджень з ефективності терапії ПТСР, в той час коли особливості психотерапевтичних втручань при КПТСР є ще малодослідженими. До недавно клініцисти застосовували лікування рекомендоване при ПТСР, проте, такий терапевтичний підхід не може бути ефективним, бо не охоплює всю симптоматику даного розладу [67]. На сьогодні існує проблема добреконтрольованих досліджень, що могли б однозначно стверджувати про ефективність тих чи інших психотерапевтичних втручань при КПТСР.

Тому деякими дослідниками було розроблено **протоколи** терапії КПТСР. Так, наприклад, Cloitre et al розробили фазову модель STAIR (Skills Training in Affect and Interpersonal Regulation) (); для терапії травматизованих дітей та підлітків Kinniburgh et al створили ARC протокол (Self-Regulation, and Competency) (); в дослідженні Chard,2005 спробували застосовувати когнітивно-процесуальну терапію (); розробила власну програму з психодинамічну імагінативну травма терапію (). Результати досліджень, в яких вимірювалась ефективність застосування даних протоколів, свідчать про добрі показники в зменшенні комплексної симптоматики травматизованих осіб. Проте,

дані дослідження не є багатокількісними та мають ті чи інші методологічні обмеження. (Див Розділ 2).

Міжнародне суспільство досліджень травматичного стресу (ISTSS) провело опитування серед експертів з терапії комплексної симптоматики травматизованих осіб на виявлення ефективних психотерапевтичних втручань. (68) На основі його результатів було розроблено керівництво. “The Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults” [69].

Згідно рекомендацій цього документа, психотерапевтична робота з особами, що мають КПТСР має розпочинатися із **фази “стабілізації”**. Мета даного етапу- підготувати пацієнта до опрацювання травматичного досвіду. На даній фазі проводиться психоедукація, навчання менеджменту симптомів, залучення системи підтримки, пошук ресурсів, робота з образом тіла, частково відновлюється контроль над появою травматичного матеріалу . Поступово, пацієнти навчаються спостерігати, а не уникати небажаних проявів. З'являються навички відслідковування тригерів та заземлення. При необхідності, обговорюється “контракт суїцида”, додається фармакотерапія, вирішуються нагальні проблеми. В результаті, з'являється ресурс та інструменти для подальшого опрацювання травматичної пам'яті [69].

**Друга фаза- “конфронтація травми”**, цілі якої-перегляд та переоцінка травматичного досвіду. Головною умовою початку роботи на цій фазі є достатній рівень стабільності пацієнта та відсутність будь-яких зв'язків з тими, хто травматизував/є. За спостереженням Huber (2003) тільки біля 50% пацієнтів з КПТСР достатньо стабілізовані для переходу до опрацювання травми. В Reddemann (2001) описано елементи конфонтування травми : Пролонгована експозиція in vivo та в уяві, наратив, EMDR.

**Третя фаза- “інтеграція”.** Мета цього етапу консолідувати пророблену роботу, адаптувати особу до теперішніх умов життя [70] та, в подальшому, допомогти побудувати нове якісне життя. Загалом, робота на даному етапі подібна до загальної психотерапії, з додаванням елементів менеджменту симптомів та подальшого формування ідентичності, що формує нові моделі інтерперсональних стосунків, розвиває нове самосприйняття, відмінне від “я-жертва”[71].

Як бачимо, така мультифазова модель є логічною, добре організованою структурою, що дає можливість системно охопити комплексну симптоматику КПТСР. До того ж, доцільність її застосування була емпірично доведена та такий підхід поділять і інші експерти з розладів травматичного спектру (Австралійській центр посттравматичного психічного здоров'я, 2007, Інтернаціональна спільнота з досліджень травми та дисоціації та інші) [90].

Проте жодна з моделей не може бути самодостатньою без раціонального якісного “наповнення”. Тож в наступному розділі розглянемо особливості основних технік та методів при роботі з особами, що мають КПТСР.

### **Розділ 1.2.2 Психотерапевтичні техніки та методи при роботі з особами, що мають КПТСР.**

Аналіз рекомендацій вищезазначеного керівництва та двох систематичних оглядів з ефективності психотерапевтичних інтервенцій() КПТСР уможливив нас виділити наступні техніки та методи:

**Психоедукація.** Особливістю просвітницької роботи в терапії КПТСР є її багатоаспектність та систематичність. Така робота включає : надання інформації про причини і наслідки розладу, ознайомлення з планом терапії та його обґрунтування, інформування близьких про симптоми та способи надання



підтримки. У зв'язку з численними порушення (проблеми з увагою, запам'ятовуванням, інтерперсональними складнощами) психоедукація має проводитися з урахуванням запиту та можливостей пацієнта. Тож особливо уважним при способі подачі та змісту інформації.

До **менеджменту симптомів** входить широкий набір технік, направлених на різні прояви розладу, що завдають найбільшого дистресу (нагадаємо, дана робота проводиться на першій фазі, коли травматичний досвід ще не опрацьовано, а високий рівень дистресу заважає нормальному функціонуванню.) Це навички на зменшення тривожності, агресії, інтенсивності інтрузій та флешбеків. М'язова релаксація, техніки фокусування нормалізації дихання, гігієна сну.

**Когнітивна реструктуризація** допомагає пацієнтам змінювати значення їх травматичного досвіду. Спочатку робота направлена на виявлення дезадаптивних переконань і подальшій зміні наданого значення (Meadows & Foa, 1998)Проте, сам процес рефреймінгу може різнитися.

**Наративна експозиційна терапія** значно зменшує симптоматику травматичного стресу. Спогади вибудовується в хронологічному порядку з максимально можливою деталізацією подій, що згодом переносяться в автобіографічну пам'ять. Проте при КПТСР ця техніка має обов'язково включати і інтервенції направлені на запобігання дисоціації в процесі експозиції [29,30 ]. Постійне переключення уваги з травматичного матеріалу на відчуття “тут і тепер”, завдяки сенсорній стимуляції допомагає пацієнтам опрацьовувати травму запобігаючи “виключанням”. [16]. Часто (проте не завжди) до наративу додається робота з переоцінкою і закріплення нового значення травми.

**Пролоногована експозиція.** Даний метод є ключовим елементом в терапії різних підходів. Експозиція може проводитися *in vivo* та в уяві. В результаті даної техніки відбувається поступове (Детальний механізм цієї десенситизації

описано в Foa and Kozak (1986). Проте, як свідчить аналіз досліджень ПЕ є найбільш протирічним прийомом терапії КПТСР. Попри те, що ПЕ вважається найефективнішим методом опрацювання травми(55, 56), є твердження, що вона не тільки неефективна, а й шкідлива, бо провокує ще більший рівень афективної дисрегуляції та дисоціації (17, 57).

Особливістю **когнітивно-процесуальної терапії**, яка також містить компонент експозиції, є те, що задля запобігання уникання думок про травматичні події експозиція має проводитися в письмовій формі. Основна робота направлена на аналізування та пошук нових значень травми, переконань про себе, та інших. В результаті, замість фрагментарних спогадів формується послідовний нарратив минулого.

**Білатеральна стимуляція/EMDR.** .....Попри те, що кількість досліджень даного методу значно перевищує будь-які інші психотерапевтичні інтервенції (73), на сьогодні ще не зовсім відомо механізм його дії. Перевагами даного методу для пацієнтів з КПТСР є те, що він дозволяє не тільки опрацювати травматичний досвід, а й використовується як “інсталяція ресурсу”, наповнюючи пам'ять безпечними та приємними відчуттями.() Як зазначив Van der Kolk, травма, по суті, є “мовчазним терором” [72], тому часто пацієнти не можуть передати словами, що відбувається, що є допустимим при процедурі EMDR , а також дозволяє пацієнту “дозувати” тривалість емоційного збудження.... Це допомагає пацієнтам толерувати інтенсивне збудження, що є проблемою при техніках експозиції.

**Тренування навичок інтерперсональних стосунків.** Даний вид роботи є одним з ключових. на покращення інтерперсональних складностей в різних типах стосунках(соціальних, робочих, інтимних) Особливо застосовується на фазі інтеграції.

**Емоційно-фокусовані втручання.** До цієї групи втручань належать будь-які прийоми на усвідомлення особами їх емоцій в теперішньому, а також підвищення обізнаності як минуле та майбутнє впливає.(??) Сюди також входить тренування навичок емоційного регуляції, що включає в себе опанування, видозмінення та вираження емоцій.

**Майндфулнес/медитація**– Ефективність впливу ммайндфулнес на зменшення загального дистресу та тривожності вже неодноразово емпірично доведено. Проте, варто зазначати, що при роботі з особами, що мають КПТСР, техніки майндфулнес рекомендують використовувать з обережністю, особливо з особами, що мають інтенсивні дисоціативні прояви.

**Сенсомоторні/рухові техніки** направлені на перепрацювання травматичного досвіду в невербальний спосіб, внаслідок чого відбувається тілесна інтеграція, що зменшує дисоціація, вивільняється більше енергії.

В нижчеподаній таблиці подані результати експертного дослідження з найефективніших інтервенцій КПТСР [68]

<b>Визначальний симптом</b>	<b>Інтервенцій першого вибору</b>	<b>Інтервенції другого вибору</b>
повторне переживання	психоедукація про травму наратив травматичної пам'яті	когнітивна реструктуризація емоційна регуляція менеджмент тривоги/стресу
уникання	психоедукація про травму емоційна регуляція	когнітивна реструктуризація наратив травматичної пам'яті медитація\майндфулнес навички інтерперсональних стосунків
гіперзбудження	психоедукація про травму емоційна регуляція менеджмент тривоги/стресу	наратив травматичної пам'яті когнітивна реструктуризація

афективна дисрегуляція	психоедукація про травму емоційна регуляція	когнітивна реструктуризація медитація\майдфунес емоційна регуляція наратив травматичної пам'яті навички інтерперсональних стосунків
інтерперсональні порушення	психоедукація про травму навички інтерперсональних стосунків когнітивна реструктуризація	наратив травматичної пам'яті емоційна регуляція
порушення системи значень	психоедукація про травму когнітивна реструктуризація	емоційна регуляція наратив травматичної пам'яті
поведінкові проблеми	психоедукація про травму емоційна регуляція	когнітивна реструктуризація Interpersonal effectiveness медитація\майдфунес
порушення уваги	психоедукація про травму емоційна регуляція	медитація\майдфунес менеджмент тривоги/стресу наратив травматичної пам'яті
соматичні симптоми	психоедукація про травму менеджмент тривоги/стресу	емоційна регуляція наратив травматичної пам'яті когнітивна реструктуризація
дисоціація	психоедукація про травму емоційна регуляція	наратив травматичної пам'яті менеджмент тривоги/стресу медитація\майдфунес
порушення ідентичності	психоедукація про травму	емоційна регуляція медитація\майдфунес

Вищенаведені психотерапевтичні техніки та методи є ключовими елементами **різних напрямків**, особливості яких коротко розглянемо нижче.

### **Розділ 1.2.3. Особливості підходів різних психотерапевтичних напрямків до терапії КПТСР.**

#### ***Когнітивно-поведінкова терапія.***

За результатами численних досліджень з терапії посттравматичного стресу КПТ є найбільш ефективним методом. [] Майже всі з вищеописаних технік застосовується в цьому напрямку. Проте, не завжди поєднання декількох технік

підвищує ефективність терапії і деякі дослідники підтверджують цю гіпотезу [76, 77] більшість дослідників зазначають, що є певні обмеження для застосування стандартної КПТ та технік експозиції при роботі з особами, що мають КПТСР [78,79]. Більш того, деякі стверджують, що вони можуть бути небезпечними [80].

### ***Психодинамічна терапія***

Мета- задіяти нормальні механізми адаптації шляхом переносу з безсвідомого в свідоме. Це відбувається в процесі дослідження бажань, фантазій та страхів, асоційованих з травматичним досвідом. В даному напрямку стосунки «терапевт-пацієнт» є визначальним фактором відповіді пацієнта на терапію.() Адже завдяки феноменам перенос та контрперенос відбувається Особливої уваги заслуговує програма РІТТ, розроблена Luise Reddemann для пацієнтів з КПТСР (75). Це трьохфазна модель (стабілізація, конфронтація, інтеграція), що базується на аналітичній теорії об'єктних відносин, “его” психології, переносу і контрпереносу і на концепції “его” станів [74]. Особливістю є використання образності для реконструкції травматичного досвіду та забезпечення ресурсу.

**Діалектично-поведінкова терапія.** На жаль, нам не вдалося знайти досліджень з застосування ДПТ при КПТСР, проте, ми вважаємо, вона може бути ефективним методом для вирішення проблем кластеру “Порушення в самоорганізації.” . Цей метод був розроблений для терапії межового розладу особистості, і демонструє високу ефективність в покращенні емоційної дисрегуляції та інтерперсональних проблем (81).

### **Розділ 1.2.3 Тривалість, формат та інші особливості терапії.**

На сьогодні немає досліджень з переваг різних форматів та тривалості терапевтичних інтервенцій КПТСР. Проте, більшість клініцистів рекомендують 6 місяців для першої фази , 3-6 місяців- для другої та 6-9 для третьої. Деякі

автори зазначають, що групова терапія є більш ефективною в порівнянні з індивідуальною, бо допомагає відчутти жертвам насилля що вони не єдині в подібних життєвих обставинах, зменшує відчуття ізоляції та стигми [82, 83]. хоча, при експозиції-індивідуальна.Стать терапевта також може мати негативний ефект на терапію за умови, якщо вона не відповідає побажанням пацієнта [84] та позитивний результат-якщо жінка (для жінок ДСН)

### **Висновки 1 розділу**

В даному розділі ми представили результати критичного огляду проблеми психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, що мають комплексний посттравматичний стресовий розлад. Було виявлено, що певні мультимодальні порушення особистісного функціонування є наслідком повторюваних, довготривалих подій загрозливого характеру. Це - домашнє насилля, тортури, геноцид, занедбаннє та сексуальне насильство в ранні роки життя. Клінічна картина осіб, що зазнали комплексної травматизації включає в себе: повторне переживання, уникнення, гіперзбудження та порушення в самоорганізації: афективна дисрегуляція, негативне самосприйняття, значні проблеми в інтерперсональних стосунках. Звичайно, таке різноманіття симптоматики створює проблеми діагностики та планування терапії.

Проте, враховуючи, навіть ці нечисленні епідеміологічні дані, а також ***фактори ризику розвитку*** КПТСР та ***проблему його діагностики***, які ми описали нижче, вважаємо, що можна стверджувати про значну поширеність даного розладу.

Тож в даному розділі ми також розглянули дослідження з емпірично підтвердженою різницею конструктів, що найчастіше діагностують особам з комплексною симптоматикою: ПТСР та МРО.

Аналіз релевантної літератури свідчить про те, що психотерапевтичні інтервенції КПТСР є все ще малодосліджуваною темою. Проте, було виявлено декілька протоколів терапії осіб з ознаками комплексної симптоматики та розглянуто керівництво з рекомендаціями експертів з комплексної травми. Згідно них, терапевтична робота з особами, що мають КПТСР має складатися з трьох фаз з послідовною реалізацією цілей кожної: стабілізація, опрацювання травми та інтеграція. На кожному етапі застосовується широкий спектр технік та методів, основні з яких: психоедукація, менеджмент тривоги та злості, когнітивна реструктуризація, різні види експозиційних технік, тренінг емоційної регуляції та навичок інтерперсональних стосунків, майндфулнес. Ми також коротко провели огляд основних напрямків з метою ознайомлення особливостей їх підходу до терапії КПТСР.

Значна частина інформації, що була представлена в даному розділі базується на дослідженнях з наслідків та терапії комплексної травматизації. Проте, як виявилось, вона часто протирічна та у більшості з них спостерігаємо проблему їх емпіричного обґрунтування. Тож в наступному розділі проведемо теоретико-методологічний аналіз проблеми дослідження ефективності та особливостей психотерапевтичних втручань при роботі з особами, що мають КПТСР.

## **РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КПТСР.**

### **2.1 Методологія проведення систематичного огляду.**

Останніми роками в різних галузях медицини з'являється все більша кількість досліджень, що ґрунтуються на емпіричних доказах і сфера психічного здоров'я не є виключенням. Велика кількість досліджень зумовлює потребу в їх узгодженні та систематизації, вирішенні протиріч. Несистематизовані, різнонаправлені дослідження того самого явища спричиняють труднощі із пошуком необхідної інформації, її подальшого аналізу та узагальнення даних отриманих в дослідженнях. Тому особливий інтерес викликають методи, що не тільки дозволяють ідентифікувати та систематизувати дані найсучасніших результатів досліджень, а й оцінити надійність отриманих результатів і виявити дані, які не узгоджуються. До таких методів належать систематичний огляд та мета-аналіз. Дані інструменти є надзвичайно цінними, адже дозволяють фахівцям сфери охорони здоров'я приймати рішення, що базуються на основі емпірично підтверджених висновках і рекомендаціях. Результати систематичних оглядів можуть бути використані не тільки при плануванні терапії окремого випадку, а й при розробці просвітницьких програм, заходів превенції, протоколів та рекомендацій лікування.

За визначенням Perestelo-Pérez - "Систематичний огляди- це вторинні дослідження, що узагальнюють найкращі науково - доказові дані за допомогою



чітких, визначених методів, що виявляють, відбирають, оцінюють, аналізують та узагальнюють емпіричні дослідження, що, в свою чергу, створює умови для відтворення такого ж систематичного огляду. “ [85]. Для запобігання упередженості представленої інформації було розроблено методологічні стандарти проведення систематичних оглядів, мета яких виявити і мінімізувати ризики через прозору, ясну і системну методологію [86,87,88]. Це - стандарт PRISMA [87], рекомендації Кокранівської спільноти [86] та QUORUM [88].

Згідно стандартів підготовки та проведення систематичних оглядів структура таких досліджень включає:

1. Постановка наукової проблеми.
2. Розробка критеріїв включення та виключення досліджень.
3. Пошук досліджень
4. Відбір досліджень
5. Представлення основних даних досліджень.
6. Оцінка якості досліджень.
7. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Навіть при однаковій структурі систематичні огляди можуть значно різнитися в залежності від якості проведення даних етапів. Формулювання наукового питання має бути не занадто загальним, але в той же час і не занадто специфічним(). Розробка критеріїв включення має проводитися ретельно, адже чим конкретніші будуть критерії, тим точніші результати будуть отримані( ). Важливо пам'ятати, що якщо не провести якомога детальніше можливий пошук існуючих досліджень та включити дослідження низької якості, то результати систематичного огляду будуть недостовірні, що може бути потенційно небезпечним для клінічної практики [89].

Ключовою проблемою проведення систематичних оглядів є відбір досліджень у зв'язку з їх клінічної та емпіричної гетерогенності [86].

Провівши огляд літератури щодо проблеми терапії наслідків комплексної травматизації ми виявили такі основні характеристики, що обумовлюють цю різномірність:

**Особливості дослідження:** *дизайн* (контрольовані, неконтрольовані, квазі-експериментальні, експериментальні, обсерваційні), *тип рандомізації* (рандомізовані, нерандомізовані), *контрольна група* (лист очікування, ТАУ, інший вид втручань, плацебо), *місце проведення* (front-line services clinic,...

**Характеристики учасників:** *вік, стать, освіта, соціоекономічний статус, сімейний стан, діагноз.*

**Особливості терапевтичних втручань:** *напрямок* (когнітивно-поведінковий, психодинамічний, емоційно-фокусований, інші), *формат* (індивідуальна, групова), *тривалість, кількість сесій і їх тривалість, характеристики терапевта* (стать, рівень підготовки, професійний досвід).

**Інструменти вимірювання:** *бесіда, структуровані, напівструктуровані інтерв'ю за змістом, опитувальники для самостійного заповнення.*

Різномірність особливостей учасників, інтервенцій та результатів відноситься до поняття “клінічної гетерогенності”, а різномірність дизайну дослідження та ризиків упередженості мають назву “методологічна гетерогенність” [86].

Кокранівська спільнота та стандарт PRISMA рекомендують використовувати спеціально розроблені інструменти для оцінки методологічної якості кожного дослідження, що включено до систематичного огляду. Дані інструменти дозволяє визначити ризики упередженості в таких аспектах: розподіл

учасників, процедура призначення, інструменти вимірювання, представлення результатів...

На основі аргументації висновків оцінюється вірогідність ризику кожного з аспектів: “низька”, “висока” та “неуточнена”. Остання оцінка надається при відсутності даних або коли дані суперечливі чи незрозумілі [86].

Серед різноманіття особливостей досліджень, “золотим стандартом” вважаються рандомізовані контрольовані дослідження (РКТ), що є першою ланкою серед наукових робіт.() Такі дослідження проводяться кваліфікованими незалежними терапевтами подвійним або потрійним “сліпим” методом, застосовуються надійні та валідні інструменти вимірювання, їх можна відтворити, і характеризуються відповідністю обраному терапевтичному втручанню та незалежному розподілу [90].

Перед початком проведення нашого систематичного огляду ми оглянули не тільки літературу з психотерапевтичних інтервенцій осіб, що зазнали комплексної травматизації, а й дослідили чи є і які саме є систематичні огляди та мета-аналізи таких досліджень. Аналіз таких робіт допоможе нам дослідити методологічні проблеми, що, сподіваємось, допоможе нам мінімізувати власні ризики упередження.

До аналізу проблем методології систематичних оглядів досліджень з ефективності психотерапевтичних втручань при КПТСР ми включили два нещодавніх систематичних огляди: Karatzias T et al (2019) та Fernández Fillol et al (2018), а також результати експертного консенсусу терапії КПТСР (66).

Основними методологічними обмеженнями зазначених оглядів є: невелика кількість досліджень, частина з яких не були рандомізовані контрольовані; відсутність єдиного чіткого визначення конструкту поняття КПТСР. Щодо інструментів оцінювання - то вони були різноманітні, деякі не охоплювали всю

симптоматику КПТСР та в частині досліджень була відсутність повторного оцінювання (фолоу-ап).

*.добавлю якщо всттигну*

Тож як бачимо, майже кожне з досліджень, що було включено до систематичних оглядів та рекомендацій мало ті чи інші методологічні обмеження. Тому, як стверджують самі дослідники: “Отримані дані є недостатніми для виявлення найбільш ефективних психотерапевтичних інтервенцій, що викликає необхідність проводити подальші дослідження в цьому напрямку”.

Впровадження нової діагностичної категорії, відсутність затверджених протоколів її терапії та методологічна обмеженість існуючих досліджень обумовили необхідність проведення даного систематичного огляду.

## **2.2 Характеристика етапів організації та проведення дослідження.**

Як було зазначено в попередньому підрозділі, систематичний огляд має проводитися згідно певних методологічних стандартів. При розробці дизайну дослідження ми слідували рекомендаціям Кокранівської спільноти. На Рис. N представлено блок-схему етапів нашого систематичного огляду та нижче подано опис кожної з процедур.

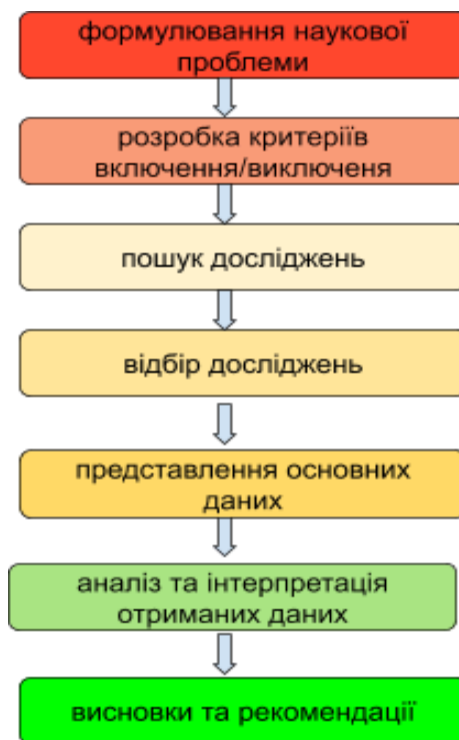


Рис. N . Блок-схема дизайну дослідження

1. **Формулювання запиту.** Першочергово, нас цікавило, які психотерапевтичні втручання є більш ефективними при роботі з особами, що мають КПТСР. Проте, на етапі попереднього огляду літератури, ми виявили обмежену кількість досліджень, особливо гетерогенних, тому ми звузили питання до: “ Які психотерапевтичні методи та техніки є ефективними при роботі з особами, що мають комплексний посттравматичний стресовий розлад. На цьому ж етапі ми дослідили чи проводились подібні систематичні огляди та мета-аналізи. Враховуючи певні обмеження даних досліджень та відсутність подібних досліджень в Україні, ми, вирішили, що дана робота буде актуальною.

## 2. Розробка критеріїв включення та виключення досліджень.

При розробці критеріїв включення та виключення досліджень, що увійшли до статистичного огляду було застосовано метод PICO. За допомогою даного методу ми визначили кількість та особливості вибірки учасників, які були залучені до дослідження, специфікували напрямки психотерапевтичних втручань та описали вимоги до особливостей порівняння та результатів дослідження. Зважаючи на те, що КПТСП є порівняно новий діагноз, у зв'язку з чим існує проблема обмеженої кількості відповідних рандомізованих контрольних досліджень, були сформовані наступні **критерії включення** досліджень до систематичного огляду:

### **Participants:**

1. рандомізована вибірка;
2.  $N \geq 10$ ;
3. Вік  $\geq 18$ ;
4. Особи, яким діагностовано КПТСП, хронічний ПТСП за DSM-IV, DSM-5 (виключно в анамнезі яких було сексуальне та/або фізичне насилля в дитячому та/або в дорослому віці); та особи, розлад яких, відповідає критеріям DESNOS
5. Особи з наявністю коморбідних розладів, за винятком розладів, перелічених в критеріях виключення.

### **Interventions:**

1. методи та техніки когнітивно-поведінкового, психодинамічного, емоційно-фокусованого напрямків та EMDR.
2. індивідуальні, групові

3. короткотривалі, довготривалі

### **Comparison:**

1. наявність контрольної групи ТАУ, іншим видом психотерапевтичних втручань або фармакотерапії.

### **Results:**

1. наявність кількісного статистичного аналізу.
2. follow-up

До критеріїв **виключення** увійшли:

1. вид травмуючих подій: воєнні потрясіння, голод.
2. наявність органічних уражень, шизофренії, біполярного розладу та зловживань речовинами.

### **3. Пошук**

Врахувавши кожен критерій PICO було визначено ключові терміни для пошуку: “Complex trauma”, “Complex PTSD”, “Complex post-traumatic stress disorder”, “treatment CPTSD,” “intervention CPTSD”, “therapy CPTSD”, та ‘randomised’ або ‘randomized’ або ‘randomised controlled trial’ або ‘randomized controlled trial’ або ‘RCT’) та (‘therapy’ або ‘psychological therapy’ або ‘psychological intervention’ чи ‘intervention’ чи ‘treatment’). Основний пошук досліджень здійснювався за допомогою електронних баз Medline, Pilots, Psycinfo та Pubmed, Cochrane Library, а також були використані інші джерела\* .

До статистичного огляду були включені тільки повні статті англійською мовою за період від 2000р до 2019р.

В випадках, коли не було представлено повний доступ до статті, ми надсилали запит авторам дослідження, які, в більшості, задовольняли наш запит.

#### 4. Відбір досліджень

В результаті даної процедури ми відібрали 10 досліджень, що відповідали розробленим критеріям. Процедура пошуку і відбору досліджень зображена на схемі за стандартом PRISMA.

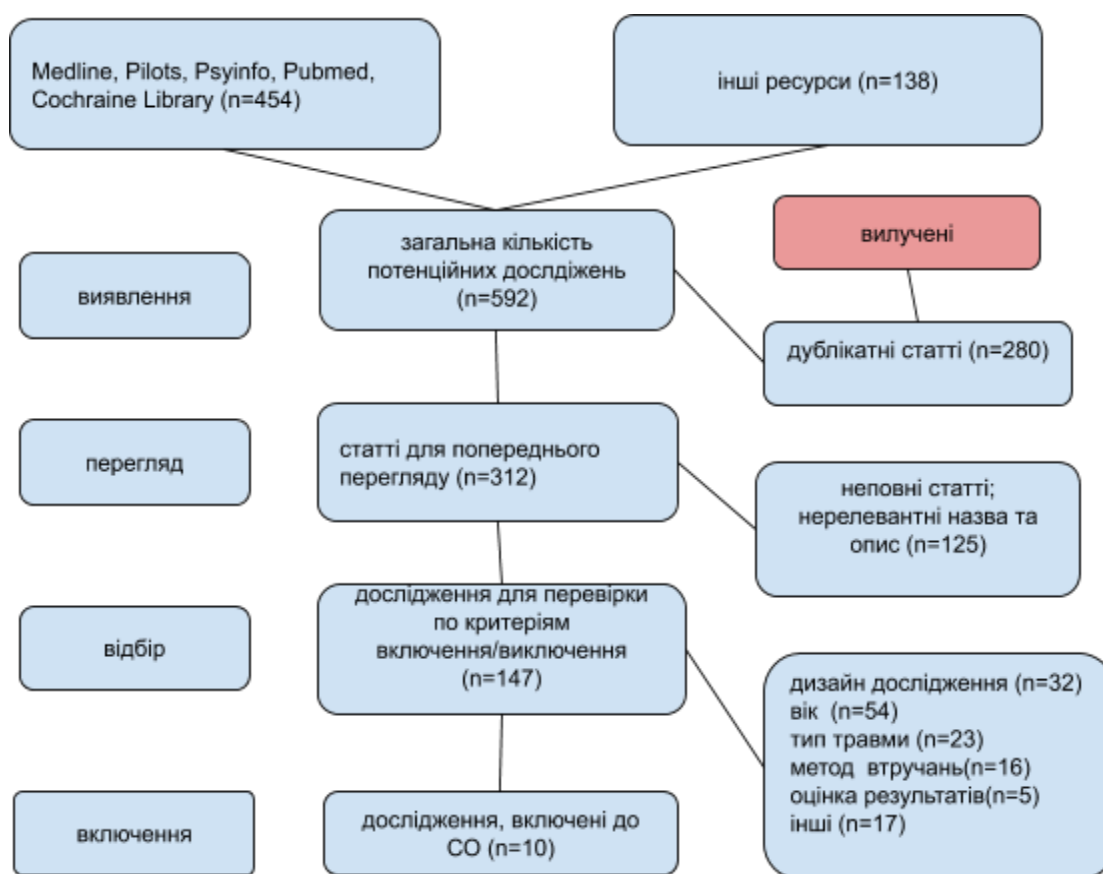


Рис 2. Процедура відбору досліджень

**5. Представлення основних даних досліджень.** В результаті проведеної роботи ми створили таблицю з представленням основної інформації в дослідженні, де вказали : 1) головного автора та рік публікації; 2) кількість учасників та їх середній вік, діагностичний критерій включення; 3) метод



втручання та особливості контрольної групи; 4) особливості сесій: формат, частота, загальна кількість; 5) результати; 6) методологічні обмеження.

Автори дослідження, рік	Учасники Кількість (N) середній вік (M) діагностичний критерій включення	Метод втручання, контрольна група	Особливості сесій, формат, частота, загальна кількість	Результат
Feske et al 2008	N = 27 M = 43.1 хронічний ПТСР від сексуального чи(та) фізичного насилля	Пролонгована експозиція (N = 9) TAU (N = 12)	індивідуальна 1 в тиждень 9-12	Prolonged exposure significantly improved PTSD symptoms, depression, general anxiety, sensitivity to anxiety, anger and general distress. PE was significantly more effective than TAU in the post-test and follow-up in reducing PTSD symptoms (p = .09; d = 1.19) (p = .013; d = 1.20), general anxiety (p = .024; d = .80) (p = .028; d = 1.03), depression (p = .046; d = 1.03). sensitivity to anxiety (p = .024; d = .73) (p = .07; d = 1.07), anger (p = .016; d = 1.02) (p = .014; d = .96) and general distress (p = .020; d = .73) (p = .14; d = .96).
Foa et al 2005	M=41,5 ПТСР(DSM-IV)	пролонгована експозиція (n = 79) когнітивна реструктуризація (n = 74) лист очікування (n = 26)	1.5-2 9-12	

<p><u>Sachs et al 2006</u></p>	<p>32.4</p> <p>N = 153 M =</p> <p>жінки КПТСТ</p>	<p>Психодинамічна терапія (3-4 сесії психоаналізу на кожну сесію експозиції та 2 сесії EMDR) TAU</p>	<p>індивідуальна</p>	<p>defense mechanisms (BPI) decreased significantly. This was also true for dissociation (absorption, DES) and avoidance (IES).0.012)Significant improvements in symptoms of primitive defense mechanisms [t (75) = 3.861, p = .01], dissociation [t (75) = 3.19, p = .05] and avoidance [t (75) = 3.83, p = .01]. FAG improved significantly between the start of therapy and discharge (p &lt;.003; d = 1.38), as well as between discharge and one year follow-up (p &lt;.003, d = 2.18). Significant improvement between start of therapy and discharge in overall clinical impression and CGI (p &lt; .003, d = 1.62). The average frequency of self-injurious behaviors decreased significantly (p &lt; .01, d = .92). The average number of treatment days for inpatients annually decreased from 87.1 days to 9.27 days one year after treatment (t3, p &lt; .01, d = 1.24) 1 рік фолоу ап</p>
<p>Price et al / 2004</p>	<p>7</p> <p>N=33 M=32.0</p> <p>DSM IV Axis I and II розлади, внаслідок сексуального насилля</p>	<p>короткотривала психодинамічна терапія( STPP)</p>	<p>1-2 тижень</p>	<p>SCL-90-R (F = 8.11,p = 0.016 decreases in interpersonal sensitivity (F = 5.53, p =0.038) and depression (F = 9.56, p = 0.01). anxiety symptoms (F = 4.23, p = 0.064) GAF scale (F = 31.43,p &lt; 0.001), social functioning ( SAS) (F = 4.27, p = 0.069), relational functioning (F =14.02, p = 0.003) social and occupational functioning (F = 5.05, p = 0.046).(GARF and SOFAS), Affective Quality of Representations (F = 14.98, p = 0.003), Experience and Management of Aggressive Impulses (F = 9.16, p =0.012) and Self-Esteem (F = 13.57, p = 0.004), Emotional investment in relationships (F = 4.57, p =0.056), Understanding of social causality (F = 3.49, p = 0.089) and Identity and coherence of self (F =3.27, p = 0.098), symptoms and complaints (F =20.48, p = 0.001), feelings about themselves (F = 25.62, p &lt; 0.001), adaptive control over life (F = 17.49, p =0.002), tolerance for painful feelings (F = 11.30,p = 0.006) and overall change (F = 13.15, p = 0.004), no patient showed deterioration (Reliable Change Index scores &lt;-1.96, alliance (F[1,26] = 0.07, p = 0.80) and therapist alliance ratings (F[1,26] = 0.01, p = 0.97) early and late (patient, F[1,26] = 0.60, p = 0.44; therapist, F[1,26] =0.09, p = 0.77) , change (F(1,26) = 5.036,p = 0.03)</p>

Resick et al 2003	N = 121 M = 32 ПТСР (згвалтування)	КПТ(N=41) ) продовження експозиція(N=40) лист очікування (40)	індивідуальна 2 сесії в тиждень 21	The results analysis indicates a significant effect in the evaluation (pre, post, follow-up) [F (4, 472) = 61.1, Pillai's trace test = .68, p = .000], but not in the type of treatment. CPTSD and depression scores decrease significantly between pre- and post-treatment; there were no changes between post-treatment and follow-up at nine months in these variables. Effectiveness of CBT and prolonged exposure in CPTSD symptoms, with results remaining unchanged after nine months. Significantly decrease depression symptoms, anger, irritability, anxiety, intrusions, avoidance, dissociation, altered self-reference, sexual concerns, dysfunctional sexual behavior and tension. (screenshot)
Dorrepal et al 2013	N = 71 M=38 ПТСР (DSM IV) внаслідок сексуального чи (та) фізичного насилля КПТСР	когнітивна реструктуризація психоедукація зі звичайною терапією (N = 38) та звичайна терапія(неуточнена )	індивідуальна, групові 1 *2 сесія в тиждень 20	Significant improvements in both personality groups with greater effect in EG with respect to SIDES (p = .05) and similar in DTS (p = .10). Higher percentage of dropout in adaptive (43%) than maladaptive subtype (4%) ( $\beta = 2.84$ , SE $\beta = 1.15$ , p = .01, $R^2 = .208$ ; .338. $\chi^2 = 8.9$ , df = 1, p = .003). Neither the personality subtype ( $\beta = 1.53$ , SE $\beta = 5.68$ , t = .27, p = .79) nor the comorbid diagnosis of axis II predict the effect of treatment on CPTSD (t = .98, df = 29, p = .33). Significant improvements in CPTSD symptoms. Patients with maladaptive personality traits have a lower dropout rate (4%) than those with adaptive features (43%). CPTSD, personality traits and comorbid diagnosis of axis II do not significantly influence effectiveness of therapy. 6 mic
Pavio et al	N = 32 M=36  занедбання в дитинстві	Емоційно-фокусована	індивідуальна 20	
Rothbaum 2005)	N = 74 M=33.8 згвалтування	EMDR (25) продовження експозиція 23 лист очікування (24)	1*1.5 г 9	screenshots 95% of PE participants and 75% of EMDR participants no longer met criteria for PTSD, which was not significantly different. For the most part, gains were maintained at 6-months posttreatment; however, at that 6-month follow-up, PE participants evidenced

				higher end-state functioning (78 vs. 35%) than did EMDR participants	
rr, te and zzola )	Kaise Gillet Spina (2010)	N = 10 M= 46.7 дияче насилля	Програма сенсорного навання (SLP) лист очікування	індиві дуальна 1 сесія в день 30	Significant improvements, between pre- and post-treatment in self perception [t (10) = 2.341, p = .02], alterations of meaning [t (10) = 2.064, p = .04] and total score [t (8) = 2.715, p = .03] and also between post-treatment and follow-up in emotional regulation and impulses [t (8) = 2.391, p = .03] decreasing the symptoms of CPTSD, self perception, alterations of meaning and emotional and impulse dysregulation.
nick	Krup R PTSD multiple traumas	N=48 M=32 DSM-III	інтерперсо нальна терапія (n = 32) лист очікування (n = 16)	групо ва 1*2г 16 сесій	The average change (9 SD) in CAPS in the intent-to-treat IPTsample was 24.54 (16.92), whereas in the control group the mean change was 5.78 (12.23). The impact of IPT on depression was also significant. The mean change (9 SD) in HRSD in the IPTgroup was 6.27 (5.92); the mean change in the control group was 0.73 (5.16). In terms of interpersonal functioning, we observed significant improvements in four of the five IIPsubscales. Mean change (9 SD) in the Interpersonal Sensitivity subscale was 0.40 (0.60) for the IPTgroup and 0.41 (0.53) for the control group. Mean change in Need for Social Approval was 0.43(0.60) for the IPT group and 0.22 (0.60) for the control group. Mean change in Lack of Sociability was 0.47 (0.56) for the IPT group and 0.14 (0.31) for the control group. Mean change in Interpersonal Ambivalence was 0.33 (0.42) for the IPT group and 0.01 (0.54) for the control group. There were no significant group differences on the Aggression subscale. Multivari
Cloitre e et al., 2010	N=104 ПТСР, внаслідок дитячого сексуального чи(та) фізичного насилля	STAIR продовгов ана експозиція	г	1*1.5 8	

## **6. Оцінка якості досліджень.**

При оцінці якості відібраних досліджень ми дотримувались методологічних стандартів PRISMA. Результати даної процедури представлені в таблиці “Представлення основних даних досліджень” в графі “методологічні обмеження”.

**7. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження** представлені в наступному розділі.

## **РОЗДІЛ III СИСТЕМАТИЧНИЙ ОГЛЯД ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ ПРИ РОБОТІ З ОСОБАМИ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА КПТСР.**

### **3.1. Аналіз отриманих даних та вивчення особливостей психотерапевтичних інтервенцій.**

В результаті процедури відбору досліджень для систематичного огляду ми отримали 10 досліджень різних напрямків. Так як в межах даної роботи не було завдання порівняти наскільки одні методи ефективні за інші, ми проаналізуємо особливості результатів та терапії, щоб виявити за допомогою яких технік та методів вдалось досягти покращення в показниках. В табл ... представлені результати досліджень з переліком технік та методів та симптомами, на які вони мали найбільший вплив. Але у зв'язку з неоднорідністю представлення даних у дослідженнях, в таблиці проілюстровані ефекти, які самі автори зазначали як “Large effect” (високий ступінь ефекту), “значні покращення/ефект”, та показники які дорівнювали або перевищували стандарт ефективності за Cohen (0.8 SD).



Для зручності аналізу ефективності та особливостей психотерапевтичних інтервенцій було вирішено згрупувати дослідження по напрямкам, що зумовило необхідність постановки додаткового завдання: дослідити чи є і які є особливості використання методів та технік в залежності від підходу.

**Аналіз результатів групи “Методи та техніки когнітивно-поведінкового напрямку”.** (Foa et al., 2005, Feske, 2008, Dorrepaal et al., 2013; Resick et al., 2003, Sachsee et al., 2006, Rothbaum).

Спільним результатом всіх досліджень даної групи є значне покращення в показниках кластеру “Симптоми ПТСР”. Відмінності спостерігаються у різній мірі ефекту та різних показниках.

Так, в дослідженні Feske, 2008 в результаті застосування методу **продовженої експозиції** у пацієнтів були відмічено значні покращення в зменшенні симптомів ПТСР і другорядних симптомів: депресії, тривоги, злості та загального дистресу. Ефективність інтервенцій в порівнянні зі звичайним консультуванням відмічалася відразу після завершення терапії, а також при повторному оцінюванні через . За результатами дослідження Resick et al., 2003, **когнітивно-процесуальна терапія і продовжена терапія** виявились ефективними не тільки при зменшенні симптоматики ПТСР та депресії, а й більш складної симптоматики, що спостерігається в осіб, що зазнали сексуального насилля в дитячому віці. В показниках Дисоціація, Уникаюча поведінка, Дисфункційна сексуальна поведінка спостерігався високий ступінь ефекту, і тільки за шкалою Самосприйняття був середньо виражений ефект. Що цікаво, 12 сесій когнітивної реструктуризації мали такий же ефект як і 9 сесій продовженої експозиції. . В дослідженні Foa et al., 2005 при застосування **продовженої експозиції**, також, окрім покращень в кластері ПТСР, позитивні зміни відбулися в ступені вираженості депресії та в сфері соціального

функціонування. За даними Dorrepaal et al., 2013, в результаті терапії, де основним методом була **когнітивна реструктуризація**, 64% учасників не відповідали попереднім критеріям відразу після терапії, а при повторному оцінюванні через 6 місяців цей показник збільшився до 78%. Зазначається, у пацієнтів покращились навички саморегуляції, з'явилися більш адаптивні переконання та покращились інтерперсональні стосунки. В Rothbaum, при порівнянні ефекту застосування **EMDR з пролонгованою експозицією**.

Як видно з опису процедур проведення терапії, **спільними** психотерапевтичними інтервенціями в дослідженнях даного напрямку були: психоедукація, пролонгована експозиція *in vivo* та в уяві, когнітивна реструктуризація (за викл.Feske, 2008 та.

Разом зі спільними особливостями, є також багато **відмінностей**. В Dorrepaal et al., 2013 когнітивна реструктуризація проводилась без експозиційних технік та було додано **тренінг навичок асертивності**. Робота проводилась з застосуванням розширеного протоколу, розробленого на основі керівництва Zlotnick et al., () з метою охоплення всіх кластерів КПТСР. Це добреструктурований, розписаний по кожній сесії скрипт із потижневими психоедукаційними презентаціями, тренуванням відповідних навичок та домашні завдання (напр, відстежувати та записувати тригери). Відмінною особливістю дослідження Foa et al., 2005 є **навчання правильному диханню**, що починалося з першої сесії, а пролонгована експозиція *in vivo* - вже з другої сесії. У Feske, 2008, учасникам, у яких зменшення симптоматики ПТСР було менше ніж 70 % в порівнянні з початковими показниками, додавались 3 додаткові сесії пролонгованої експозиції. В дослідженні Resick et al., 2003, домашні завдання назначались щоденно, щодо пролонгованої експозиції - то їх було всього дві у вигляді **написання найгіршого сценарію** насилля. Особливий інтерес викликає



дослідження клуатр, де перевірялась гіпотеза, про те, що “навчання навичок саморегуляції, яке передує пролонгованій експозиції, має значно покращити результативність терапії”. [] Розроблений Протокол тренування навичок (STAIR) був адаптований з діалектично-поведінкової терапії. Перші чотири “навичкові” сесії були націлені на емоційну регуляцію, ідентифікацію і називання емоцій, розвиток толерантності до дистресу, прийняття емоцій і “проживання” позитивних емоцій. Фокусом наступних чотирьох сесій були проблеми інтерперсональних стосунків, які значно знизились після **тренінгу асертивності, технік з ідентифікації та модифікації дисфункційних схем** та роботи, направленої на гнучкість в інтерперсональних очікуваннях та поведінці. (не специфіковано яким чином).

В цілому, терапевтична робота у всіх дослідженнях напрямку КПТ включала в себе такі етапи та психотерапевтичні інтервенції (порядок та тривалість кожного етапу різнились):

*представлення та обґрунтування програми терапії;*

*психоедукація про феномен та наслідки травми;*

*менеджмент симптомів;*

*навички правильного дихання;*

*пролонгована експозиція in vivo та в уяві; (за викл Dorrepal*

*призначення домашніх завдань (виконання завдань з ієрархії експозиції, прослуховування нового наративу травматичної події);*

*когнітивна реструктуризація (за виключенням Feske)*

*навчання навичок саморегуляції та асертивності.*

*Підведення підсумків. Оцінка прогресу терапії та планування подальшого функціонування за межами терапії.*

Характерною особливістю застосування психотерапевтичних інтервенцій напрямку когнітивно-поведінкової терапії є те, що в більшості, вони були добреструктуровані, обмежені за часом та індивідуального формату. Як бачимо, в деяких дослідженнях застосовувався один основний метод, в інших-поєднувалось декілька. Відмічається також різниця в **тривалості терапій**, бо вона є значна, і вар'їрує від.

**Аналіз результатів другої групи: “Методи та техніки психодинамічного напрямку”**(Krupnick et al., 2008, Price et al., 2004)

Особливо високі показники у покращенні більшості симптомів КПТСР спостерігаються в дослідженні Price et al., 2004. За шкалами Соціальне і Міжособистісне функціонування, Менеджмент агресії та Самооцінка було виявлено високий ступінь ефекту. Міра ефекту в субшкалах Розуміння соціального контексту, Емоційна залученість в стосунках, Самоідентичність та Узгодженість зі своїм “Я” - від середньої до великої. Що цікаво, згідно самоопитувальника, ступінь ефекту в показнику Соціальне функціонування виявився середній, в той час коли при оцінці клініцистів він виявився високим. Припускаємо, це пояснюється взаємозв'язком з характерним симптомом КПТСР - негативне самосприйняття. Особливістю дослідження Протокол лікування здійснювався на основі рекомендацій, зазначених в керівництвах: Book (1998), Luborsky (1984), Strupp & Binder (1984) and Wachtel (1993)., проте в не вказується за допомогою, яких технік проводилась робота. Зазначається, що цілями на афективну сферу та вираження емоцій, ідентифікацію звичних паттернів в поведінці, думках, почуттях та стосунках, терапевтичному альянсу, дослідженню бажань, мрій та фантазій, виявлення причин уникання певних тем та аналізу поведінки, що може перешкоджати прогресу терапії.

Результати дослідження Krupnick et al., 2008 свідчать про значний рівень ефективності **інтерперсональної терапії**, де 70% учасників перестали?? мати ПТСР і симптоми важкої депресії. Помітні зміни спостерігаються у чотирьох субшкалах інтерперсонального функціонування: Інтерперсональна чутливість, Потреба в соціальному схваленні, Соціальний дефіцит та Інтерперсональна амбівалентність. Також, ПІТ показала ефективність в тому, що за думкою авторів: “не є фокусом когнітивно-поведінкових втручань, такі як почуття сорому та проблем з агресією (дезадаптованою та люттю), що заважають здоровим інтерперсональним стосункам”.() Проте, в порівнянні з контрольною групою, за показником Агресія не спостерігається суттєвоє різниці. Визначальною особливістю дослідження Krupnick et al., 2008 є те, що за словами самого автора: “... він (метод-примітка автора) допомагає вирішити те, що на даний час доступно клініцисту.” Адже деякі пацієнти надають перевагу вирішенню проблем, що стосуються актуальних дисфункційних стосунків, а не скеровувати свої зусилля на зменшення симптомів. В зв'язку з цим, бачимо, логічну структуру протоколу. Перші чотири сесії були направлені на створення безпечної атмосфери та згуртуванню учасників групи. Додатково проводилась **психоедукація** про симптоми ПТСР та як вони впливають на проблеми в інтерперсональних стосунках. Наступним етапом учасники вчилися ідентифікувати причини виникнення суперечок в стосунках та соціального дефіциту і знаходили способи вирішення цих проблем. На завершальних сесіях вони “оплакували” втрату стосунку з групою, таким же способом як і втрату попередніх стосунків і розчарувань. Намагались передбачити можливі проблеми в майбутньому, визначали тригери, що можуть реактивувати попередню симптоматику і спровокувати додаткові проблеми. Важливо зазначити, що по закінченню терапії 20% жінок вперше отримали роботу (або кращу роботу за багато років). Учасники

вказували, що вони легше можуть говорити про свої потреби та почуття, а також не порушувати і відстоювати свої межі.

В дослідженні Sachsse et al., 2006 пацієнти стаціонарного лікування проходили **психодинамічну короткотривалу інтерперсональну терапію** з додавання кількох сесій **EMDR**. По завершенню терапії зазначалось значне зменшення інтенсивності дезадаптивних захисних механізмів, дисоціації та уникнення. Зазначається, що середня кількість днів стаціонарного лікування, яка раніше становила 87 днів, скоротилась до 9 днів на рік. Випадки самопошкоджуючої поведінки зменшились з 7 до одного разу на місяць.

Як бачимо, спільною характерною особливістю психотерапевтичних інтервенцій даної групи є більший фокус на інтерперсональних проблемах.

Також, варто зазначити, що частота сесій становила від , що є більше ніж в групі КПТ. Особливістю є також формат терапія: групова робота, що виявилось перевагою і додатковим інструментом для вирішення проблем міжособистісного функціонування.

**Аналіз результатів досліджень третьої групи: “Методи та техніки інших напрямків”** (Kaiser et al.,2010), Pavigio,

До даної групи досліджень ввійшли: **Програма Сенсорного Навчання** Kaiser et al., 2010 та емоційно-фокусована терапія Pavigio . За допомогою експериментального методу..... Kaiser et al., 2010,вдалось отримати високі показники в покращенні навичків саморегуляції, самосприйнятті та зміни травматичного значення.

**Емоційно-фокусована терапія** Pavigio et мала добрий ефект відразу в багатьох сферах порушень: загального дистресу, специфічної симптоматики, інтерперсональних стосунках та самоприналежності. При чому ці результати показали обива методи ЕФТ з різницею особливостей процедури опрацювання

травми- повторного переживання. В першій версії учасники проходили конфронтацію в уяві з тими, хто знущався або занедбував?? їх в дитинстві (**діалог крісел**). В другій версії, “емпатичне дослідження”, учасники мали відтворити деструктивну взаємодію з терапевтами.

Загалом, аналіз результатів досліджень свідчить про середній та високий рівень ефективності застосування певних психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, що мають комплексну симптоматику.

Так як завданнями даного дослідження було не тільки розглянути результати досліджень та особливості проведення терапії, а й дослідити загалом ефективність психотерапевтичних втручань, варто зазначити певні обмеження, що не дозволяють однозначно стверджувати про ефективність проведених психотерапевтичних інтервенцій.

### **3.2. Методологічні обмеження досліджень.**

Попри те, що ми намагались слідувати рекомендаціям методологічних стандартів для відбору якісних досліджень, є певні фактори, що могли вплинути на результати та висновки тих робіт. Для більшості досліджень характерна **невелика вибірка** (за виключенням Resick et al., 2003), що унеможливорює стверджувати про генералізованість результатів досліджень.

В частині досліджень не зазначається, або вказано, що учасникам було **відомо які втручання застосовується** (Feske, 2008, Foa et al., 2005), що є значним ризиком упередженості .

**Контрольна група** в дослідженнях() є лист очікування, , що за думкою деяких дослідників вважається неприпустимим методом (91)

Ефективність терапії також залежить від детальної і вдалої **діагностики**. Так як надійний, валідний інструмент розроблений специфічно для КПТСР було створено тільки нещодавно, то для максимального охоплення складної

симптоматики як бачимо, в дослідженнях застосовувалась широкий спектр методів та інструментів. До того ж, сама процедура діагностики в деяких дослідженнях не зовсім ясна (). Дані про тривалість наявності КПТСР та особливості коморбідних розладів також важливі, бо є фактором ускладнення терапії. Тривалість розладу зазначалась тільки у (Feske, 2008 17, 5) Cloitre 6.57 .

На ефективність терапії також могли повпливати **особистісні характеристики терапевта та тими, хто проводив оцінювання**. В дослідженні Feske терапевти не були фахівцями терапії ПТСР та тривожних розладів, в Фоа терапевти не мали попереднього досвіду КПТ. Проте, в тому ж дослідженні, при порівнянні ефективності роботи проведеної терапевтами з мінімальним досвідом у напрямку КПТ та досвідченими, не виявилось різниці. В частині досліджень, що ввійшли до систематичних оглядів, діагностування, терапія ( Price et al., 2004) та аналіз результатів здійснювався студентами-випускниками, що також могло вплинути на ефективність роботи на будь-якій стадії , при чому, як позитивно, так і негативно. Наприклад, студенти могли бути більш мотивовані і відповідальніші при дотриманні протоколів терапії, а також могли отримувати більше підтримки та супервізії ніж звичайні терапевти. З іншого боку, студенти менш досвідчені. Хоча зазначають, що студенти часто демонструють однаковий рівень ефективності в порівнянні з досвідченими терапевтами, таким чином, припускаючи, що залучення студентів-випускників не впливає на якість терапії [92]. До речі, щодо організації навчання терапевтів, то особливої уваги заслуговує дослідження Feske, 2008, де детально описується процедура підготовки терапевтів. Kurnick et al., 2008 фахівець напрямку інтерперсональної терапії був координатором у двох групах, де терапевти не мали попереднього досвіду роботи з групами та інтерперсональною терапією(хоча вказується, що теоретичний рівень

підготовки з ППТ вони мали). В Pavió -студенти-магістранти, частина -психотерапевти з доктори клінічної психології.

Щодо статі терапевтів, що є також чинником, що впливає на ефективність терапії (Див розділ 1.2), то в 2 дослідження терапевти були чоловіки( Pavió, Price et al., 2004).

Важливим також враховувати чи **відповідало** втручання лікувальному **протоколу** та чи здійснювалася **супервізія** (особливо у випадку, коли терапія проводилась не фахівцями. в дослідження Feske, 2008 та Resick et al., 2003 про це зазначається про щотижневу супервізія.у Foa et al., 2005також. в . В Krupnick et al., 2008 зазначається тільки про Clinical evaluators were trained by the primary investigator В прйс була супервізія, при чому, індивідуальна і групова.

**Особливості процедури оцінки і інтерпретації результатів.** Важливою ознакою якісного дослідження є оцінювання результатів “сліпим” методом. На жаль, тільки в дослідженнях (Foa et al., 2005)вказується про дотримання цієї умови(залучались незалежні експерти), що свідчить про значний ризик упередженості в інших. Загальновідомо, що будь-які втручання можуть проявляти також і негативний ефект. На жаль, тільки в 2 із 10 досліджень зазначається про випадки погіршення, що є також ризиком упередженості. І то, в першому(Feske, 2008) в одного пацієнта із групи ТАУ посилилась депресія, а Прайс зазначають що, у жодного пацієнта не відмічалось погіршення симптоматики. Такі дані свідчать про **помилку селективного представлення даних у більшості відібраних досліджень.**

Головним обмеженням дослідження Kaiser є не взяття до уваги метод індивідуальної терапії та прийом медикаментів в період проведення дослідження.

**Додаткові “відкриття-цікавості”??**

На завершення аналізу досліджень представимо додаткову інформацію, що хоч і не була фокусом нашої роботи, проте може бути корисною для розуміння особливостей психотерапевтичної роботи з особами, що страждають на КПТСР.

в Resick et al., 2003 було виявлено, що прояви дисоціації значно зменшились, хоча не було специфічних втручань.

у дослідженні було виявлено, що учасники, які мали терапію на стадії повторного оцінювання показували гірші результати, ніж ті, хто не отримував її ні відразу після терапії ні на повторному оцінюванні.

В Kurnick et al., 2008 зазначається, що хоч учасники добре сприйняли груповий формат терапії, були значні складності в організації терапевтичної роботи. Нагадаємо, дане дослідження проводилось з жінками з низьким доходом, тому, у зв'язку з напруженим графіком, відсутністю можливості догляду за дитиною, проблем з пересуванням, виникали труднощі в організації спільних зустрічей у чітко визначений час. В тому ж дослідженні виявили, що показники симптоматики за CAPS у жінки, що були залучені зі звичайних клінієк не звертались психічного здоров'я показники в мало відрізнялись від тих, хто звертається за спеціалізованою допомогою.

В Doggeraal додатково порівнювався комплаєнс найбільш викличних пацієнтів: агресивних та відсторонених. В результаті не виявилось ніякої різниці, і це дає можливість стверджувати, що даний вид терапії добре толерується з різними особливостями пацієнтів.

За даними дослідження Resick et al., 2003 більшість (75,7 %) жінок ніколи не були одружені або були розлучені, що є добрим свідченням того, що комплексна травматизація спричиняє значні проблеми в інтерперсональних стосунках.



Аналіз кількості випадків та причин **дропауту** також важливий. Адже він тільки представляє дані про кількість учасників, хто відмовився від терапії а й дозволяє дослідити, чому вони її припинили. Проте, для більш об'єктивної інформації необхідно порівняти вихідні показники між тим хто завершив і припинив її завчасно. (тільки в Resick et al., 2003 порівнювалось). Варто також зауважити, що на процент дропауту також могли впливати матеріальне заохочення від проходження терапії. Так, у Feske, учасники отримували до \$150 за проходження всіх оцінювань, та по \$10 за кожну сесію . В Krupnick також отримали \$15, \$ 25 в залежності від етапу оцінювання. В пріс психотерапія здійснювалась на безоплатній основі.

Проте, ми не можемо однозначно стверджувати про ефективність того чи іншого методу у зв'язку не тільки з методологічними обмеженнями відібраних дослідженнях, а й певними лімітами нашого, що не дозволяє нам стверджувати про найвищий ступінь доказованості даного систематичного огляду.

**Якість досліджень.** Попри те, що ми намагались дотримуватись методологічних стандартів щодо відбору якісних досліджень, частина з них не були рандомізовані контрольні дослідження. А саме: Price et al., 2004 Sachsse et al., 2006 - є натуралістичні. Проте, на захист цінності такого типу досліджень, Leichsenring, 2004 зазначав, що вони не менш цінні ніж РКД [93]. До того ж, так як РКД проводяться в експериментальних умовах, а натуралістичні в реальних(клініки, центри...), то останні, відображають більш об'єктивні результати. Щодо **рандомізації**, в більшості вказується проте, в дослідження клінічних рандомізації важко

**Різномірність контрольних груп.** лист очікування, звичайне лікування (TAU), яке не специфікувалось. більшості досліджень контрольна група, проте, в

частині - з листом очікування, що за думкою багатьох дослідників не є “”адекватним” [74].

Більшість досліджень мали **повторне оцінювання (follow-up)**, не мали проте період та кількість його проведення різняться ).

Гетерогенність **операціоналізації поняття** КПТСР, що вплинуло на діагностичні критерії включення осіб в дослідження.

*доброблю*

**Особливості учасників.** Ріособливості демографічних, діагностичних та клінічних даних учасників. Як було зазначено в теоретичному розділі, при плануванні терапії важливо враховувати особистісні характеристики Середній вік становив біля 30 років(за винятком досл Феске, де М віку=43,1, 46) В основному це особи, які зазнали сексуального насильства в дорослому та (або) в дитячому віці, в Resick et al., 2003 неможливує специфікацію фокусу проблеми і категорії кому саме якнайкраще підходить ця терапія

**Інструменти вимірювання.** Так як в дослідженнях використовувались різна процедура та набір діагностичних інструментів, це унеможливило нас рівнозначно порівняти показники.

**Невелика кількість досліджень.**

**Різний рівень кваліфікації терапевтів.**

Також, ми не порівнювали ефективність фармакотерапії з психотерапевтичними втручаннями /без/фармакотерапія окремо.

Враховуючи методологічні обмеження проведення систематичного огляду, ми не можемо стверджувати про безумовну ефективність тих чи інших психотерапевтичних інтервенцій. Разом з тим, відсутність однозначних результатів не є свідчення негативних ефектів або відсутності будь-якого ефекту.

Тому на основі вищезазначених підсумків проведеного дослідження та вивчення особливостей психотерапевтичних інтервенцій, ми розробили рекомендації з психотерапевтичної роботи осіб, що страждають на КПТСР.

### **Рекомендації**

Враховуючи комплексність конструктору КПТСР та особливості психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, що зазнали комплексної травматизації, терапія має проводитися висококваліфікованими фахівцями, які мають:

1. Добре розуміти етіологію, клінічні та нейробіологічні особливості КПТСР.
2. Ретельно проводити діагностику з застосуванням валідних та надійних інструментів, розробленими виключно для КПТСР. Бути особливо уважним при диференційній діагностиці.
3. Використовувати психотерапевтичні інтервенції тільки з емпіричною доказовістю. Вибір конкретного методу чи техніки має залежати від формулювання запиту та відповідати меті його застосування.
4. Застосування технік має проводитися виключно згідно інструкцій, домашні завдання мають бути логічним доповненням терапії.
5. Систематично оцінювати прогрес терапії та проходити супервізію.
6. Проводити скринінг на виявлення комплексної симптоматики в лікарнях загального профілю,

І найголовніше, варто пам'ятати, що навіть найефективніші методи при кожному конкретному випадку та певних обставинах можуть бути безуспішними. Тому при планування та проведенні терапії важливо ретельно дослідити та

концептуалізувати випадок, виходячи з запиту, побажань та можливостей пацієнта.

## **ВИСНОВКИ**

Комплексний посттравматичний стресовий розлад - це новий діагностичний конструкт в МКХ-11 і тому на сьогодні існує актуальна проблема відсутності єдиного підходу до його терапії. Згідно сучасних стандартів лікування психічних розладів рекомендується застосовувати методи тільки з емпіричною доказовістю. Тому з метою виявити та систематизувати дані з ефективності та особливостей психотерапевтичних інтервенцій при роботі з особами, що мають КПТСР було проведено систематичний огляд.

Теоретико-методологічний аналіз проблеми досліджень з терапії КПТСР виявив наявність різномірної інформації і обмежену кількість якісних, добре контрольованих досліджень.

За результатами проведеного огляду, було виявлено, що застосування певних психотерапевтичних технік та методів свідчить про середній та високого

рівень їх ефективності. Основними техніками та методами є психоедукація, експозиційні техніки, когнітивна реструктуризація. Дані техніки засвідчили ефективність не тільки у зменшенні симптомів ПТСР та коморбідної депресії, але суттєво вплинули на симптоми дисоціації, стратегій пов'язаних з унікаючою поведінкою та дисфункціями сексуальної поведінки (особливо у пацієнтів, які зазнали сексуального насильства). Особливо високі результати кластеру “Інтерперсональні порушення” демонструють техніки психодинамічного напрямку. Попри застосування одного методу, компоненти та структура терапевтичної роботи різняться.

У зв'язку з гетерогенністю досліджень ми не змогли підтвердити або спростувати гіпотезу що певні техніки є більш ефективні за інші.

На основі аналізу проведеного дослідження, ми вважаємо, що в зв'язку з комплексною симптоматикою КПТСР, а також різнорідними особливостями осіб не може існувати єдиного протоколу лікування. На нашу думку, більш важливим є не широкий арсенал технік та методів, а раціональність їх використання та системність(структура) терапії.

Враховуючи методологічні обмеження даного систематичного огляду ми не можемо стверджувати про однозначність отриманих результатів. Проте вважаємо, що висновки та рекомендації даного систематичного огляду стануть вагомим внеском в спеціалізовану літературу української травмопсихології та психіатрії. Сподіваємось, з переходом до застосування МКХ -11та розвитком системи психічного здоров'я в Україні, з'явиться більша кількість досліджень з терапії комплексної симптоматики травматизованих осіб, що, в свою чергу, дозволить проводити більш якісні систематичні огляди та мета аналізи.

## **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241-249.
1. Brown, D. P., and Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
  2. Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3-16.
  3. Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
  4. Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*, 755-763.
  5. Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood. *The APSAC handbook on child maltreatment*, 175.
  6. Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 87-112.
  7. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.
  8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
  9. Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

10. Resick PA, Bovin MJ, Calloway AL, Dick AM, King MW, Mitchell KS, Suvak MK, Wells SY, Stirman SW, Wolf EJ. A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *J Trauma Stress* 2012; 25:241-251
11. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European journal of psychotraumatology*, 2, 10.3402/ejpt.v2i0.5622
12. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J: Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. [Research Support, N.I.H., Extramural Research
13. Eichelman B: Borderline personality disorder, PTSD, and suicide. *Am J Psychiatr* 2010, 167(10):1152–1154.
14. Rusch N, Corrigan PW, Bohus M, Kuhler T, Jacob GA, Lieb K: The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder..
15. Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.25097. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25097>
16. Taykan, O., & Yildirim, A. (2015). An Alternative Approach to the Effects of Multiple Traumas: Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *NöroPsikiyatri Arşivi*, 52(3), 312–314. <http://doi.org/10.5152/npa.2015.7573>
17. Busuttill W. Complex post-traumatic stress disorder: a useful diagnostic framework? *Psychiatry*. 2009; 8:310–314. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1476179309000913?via%3Dihub>

18. Marinova, Z., & Maercker, A. (2015). Biological correlates of complex posttraumatic stress disorder—state of research and future directions. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 10.3402/ejpt.v6.25913. <http://doi.org/10.3402/ejpt.v6.25913>
19. Giourou E, Skokou M, Andrew SP, Alexopoulou K, Gourzis P, Jelastopulu E. Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma? *World J Psychiatr* 2018; 8(1): 12-19
20. Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Brewin, C. R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup7), 1418103. <http://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
21. International Classification of Diseases 11th Revision 5.
22. Wolf, E. J., Miller, M. W., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., Marx, B. P., ... & Friedman, M. J. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3(2), 215-229.
23. Ford, J. D., & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 193-203.
24. Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*, 37(1), 12-16.



25. Choi, H., Klein, C., Shin, M. S., & Lee, H. J. (2009). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence against women, 15*(8), 933-951.
26. Jackson, C., Nissenon, K., & Cloitre, M. (2010). Treatment for complex PTSD. *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission, 75*.
27. Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety, 29*(8), 709-717.
28. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry: 1995;52:1048-1060*
29. eater vulnerability to later victimization for individuals with a history of childhood sexual abuse (Cloitre, Scarvalone, & Difede, 1997; Messman-Moore & Long, 2000)
30. Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect, 31*(1), 7-26.
31. Koss MP, Dinero TE. Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *J Consult Clin Psychol. 1989;57:242-250*.
32. Norris F, Johnson K. The effects of "self-help" precautionary measures on criminal victimization and fear. *J Urban Affairs. 1988;10:161-181*.
33. Norris F, Kaniasty K. Psychological distress following criminal victimization in the general population: cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses. *J Consult Clin Psychol. 1994;62:111-123*.

34. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dan sky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61:984-991.
35. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* 2009; 22:339–408.
36. Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review, 23(3)*, 339-376.
- 37.
38. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2017). Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders, 207*, 181-187.
39. Hyland, P., Shevlin, M., Brewin, C. R., Cloitre, M., Downes, A. J., Jumbe, S., ... & Roberts, N. P. (2017). Validation of post - traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 136(3)*, 313-322.
40. Maack, C. (2012). Outcomes and processes of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) and its adaptations, and Psychodynamic Imaginative Trauma therapy (PITT) for women with complex PTSD. *Aalborg, DK: Aalborg University.*
41. Dorr, F., Firus, C., Kramer, R., & Bengel, J. (2016). Entwicklung und Prüfung eines Screenings zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS).

- PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 66(11), 441-448.
42. Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2015). The International Trauma Questionnaire (ITQ). *Unpublished measure*.
43. Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., ... & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73-79.
44. Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.
45. Ebert, A., & Dyck, M. J. (2004). The experience of mental death: The core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 617-635.
- 46.
47. Davies, J. M., & Frawley, M. G. (1994). *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse* (Vol. 1). New York: Basic Books
48. Herman, J. L. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), S98-S103.
49. Karatzias, T., Hyland, P., Ben-Ezra, M., & Shevlin, M. (2018). Hyperactivation and hypoactivation affective dysregulation symptoms are integral in complex posttraumatic stress disorder: Results from a nonclinical Israeli sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, e1745. doi:10.1002/mpr.1745
50. Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 809-829.

51. Eckes, A., & Radunovich, H. L. (2007). Trauma and adolescents. *Gainesville, University of Florida Institute of Food and Agricultural Sciences.*
52. Meiser - Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. (2009). Development and validation of the child post - traumatic cognitions inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432-440.
53. Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, 16(4), 328-335.
54. Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Guilford Press.
55. Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment.
56. Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
57. (Nijenhuis et al., 2004)
58. Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., ... & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin*, 138(3), 550.
59. Delineating complex posttraumatic stress disorder McDonnell et al. 0951-7367 2012 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins www.co-psychiatry.com 5 Copyright © Lippincott Williams & Wilkins.
60. Schauer, M., & Elbert, T. (2015). Dissociation following traumatic stress. *Zeitschrift für Psychologie/Journal of Psychology*.

61. Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2295-2301.
62. Cloitre M, Garvert D. W, Brewin C. R, Bryant R. A, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013;4 20706, doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>. [PMC free article][PubMed] 20.
- Axelrod, S. R., Morgan, C. A., & Southwick, S. M. (2005). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder in Veterans of Operation Desert Storm. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 270–275. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.270
63. Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 9.
64. Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM - 5. *Journal of traumatic stress*, *25*(3), 241-251.
65. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). *Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices*. *Journal of Traumatic Stress*, *24*(6), 615–627. doi:10.1002/jts.20697
66. Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, *36*(2), 119-124.

67. Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress, 24*(6), 615-627.
68. Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Retrieved November, 5, 2012.
69. McDonnell, M., Robjant, K., & Katona, C. (2013). *Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations. Current Opinion in Psychiatry, 26*(1), 1–6. doi:10.1097/ycp.0b013e32835aea9d
70. (Luxenburg et al., 2001; Reddemann, 2004)
71. Van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. *Treating trauma survivors with PTSD, 127-156.*
72. Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing.
73. Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. New York: WW Norton.
74. Reddemann, L. (2014). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT®-Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie* (Vol. 241). Klett-Cotta.
75. Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of general psychiatry, 55*(4), 317-325.
76. Paunovic, N., & Öst, L. G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy, 39*(10), 1183-1197.

77. Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., ... & Turner, C. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Jama*, 297(8), 820-830.
78. Hembree, E. A., Street, G. P., Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2004). Do assault-related variables predict response to cognitive behavioral treatment for PTSD?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 531.
79. Nijenhuis et al., 2004; Schore, 2001; Siegel, 1999
80. Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 971-974.
81. Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of traumatic stress*, 10(3), 425-436.
82. Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research*, 18(5), 497-507.
83. Fischer, A. (Ed.). (2000). *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Cambridge University Press.
84. Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57.
85. Higgins JPT, Altman DG, Sterne JAC (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Available from [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org).

86. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Open Med* 2009; 3(3): 123-30.
87. Moher D, Cook D.J., Eastwood S. et al. for the QUOROM Group. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. *Lancet* 1999; 354: 1896-900.
88. Systematic review and meta-analysis: pitfalls of methods Yu.V. Lukina\*, S.Yu. Martsevich, N.P. Kutishenko State Research Center for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia
89. Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(13), 1716.
90. Schwartz, C. E., Chesney, M. A., Irvine, M. J., & Keefe, F. J. (1997). The control group dilemma in clinical research: applications for psychosocial and behavioral medicine trials. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 362-371.
91. Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1157-1172.
92. Leichsenring, F. (2004). Randomized controlled versus naturalistic studies: A new research agenda. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 137-151.

**Додаток А**



Table 1  
*CPT, PE, and MA Mean Scores Over Time: Intent-to-Treat Sample*

Measure and group	n	Pretreatment		Posttreatment		3 months		9 months		D
		M	S	DM	S	DM	S	DM	S	
<b>CAPS</b>										
CPT	62	74.76	18.77	39.08	31.12	42.21	30.13	42.87	31.06	
PE	62	76.60	19.72	44.89	33.52	49.16	32.86	46.98	33.68	
MA	47	69.85	19.57	69.26	18.55	69.26	18.55	69.26	18.55	
<b>BDI</b>										
CPT	61	23.70	10.39	12.73	11.17	13.22	11.64	14.17	11.85	
PE	61	24.03	8.88	16.00	11.06	16.49	11.62	16.41	11.37	
MA	47	23.33	8.07	22.62	8.59	22.62	8.59	22.62	8.59	
<b>PSS</b>										
CPT	62	29.55	8.62	13.66	11.05	14.67	11.79	15.13	12.03	
PE	62	30.09	9.18	17.99	13.17	18.05	13.78	18.40	13.98	
MA	47	28.70	7.33	27.77	8.12	27.77	8.12	27.77	8.12	
<b>Global guilt</b>										
CPT	62	2.34	1.13	1.37	1.08			1.28	1.09	
PE	61	2.53	1.11	1.73	1.20			1.69	1.25	
MA	15/39 <sup>a</sup>	2.60	1.03	2.33	1.06			2.33	1.06	
<b>Hindsight bias</b>										
CPT	62	1.88	1.08	0.99	1.14			0.93	1.05	
PE	59	2.18	1.18	1.51	1.22			1.54	1.20	
MA	15/39 <sup>a</sup>	1.97	1.05	1.98	1.08			1.98	1.08	
<b>Lack of justification</b>										
CPT	62	2.55	1.05	1.71	1.20			1.79	1.16	
PE	59	2.73	0.98	2.35	1.04			2.34	1.06	
MA	14/36 <sup>a</sup>	2.80	0.57	2.69	0.98			2.69	0.98	
<b>Wrongdoing</b>										
CPT	61	1.62	1.03	1.13	1.08			1.02	0.98	
PE	58	2.00	0.89	1.54	1.03			1.44	1.06	
MA	14/36 <sup>a</sup>	2.54	0.88	1.90	1.06			1.90	1.06	

Note. CPT = cognitive-processing therapy; PE = prolonged exposure; MA = minimal attention; CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; BDI = Beck Depression Inventory; PSS = PTSD Symptom Scale; PTSD = posttraumatic stress disorder.

<sup>a</sup> Pre-MA/post-MA assessments had different sample sizes as indicated.

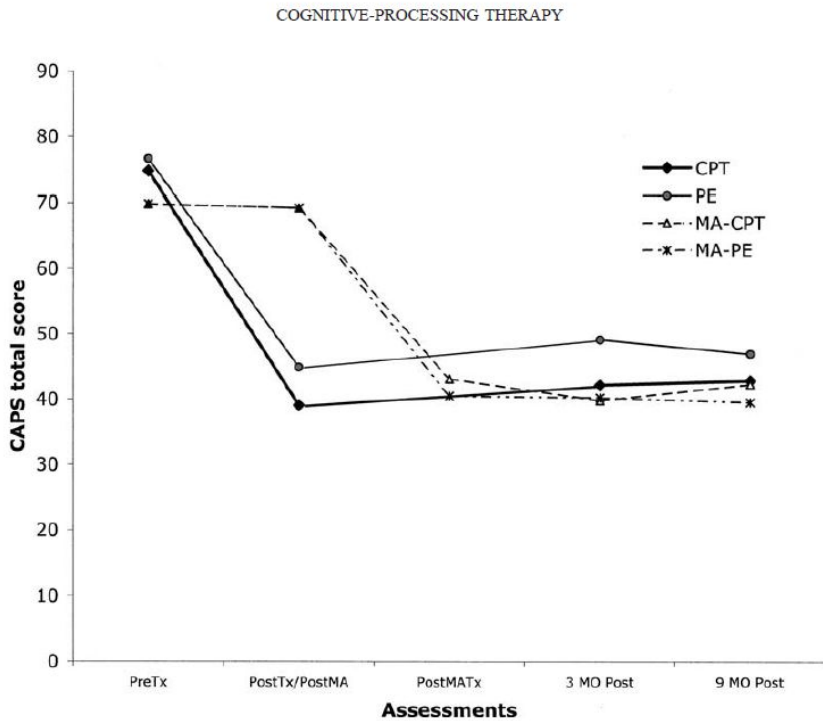


Figure 1. Total CAPS scores in the CPT, PE, MA-CPT, and MA-PE conditions: intent-to-treat sample. CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale; CPT = cognitive-processing therapy; PE = prolonged exposure; MA = minimal attention; Tx = treatment; Post = posttreatment; MO = month; PTSD = posttraumatic stress disorder.

Table III. Pretest, Midtreatment Test, and Posttest Means and Standard Deviations on Dependent Measures in Each Treatment Condition

Measure	Pretest		Midtest		Posttest		F (time) <sup>a</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	
Impact of Event Scale							
IC	25.45	8.30	19.55	9.35	11.65	8.09	43.87
EE	25.12	9.18	15.60	8.47	8.51	8.52	56.10
State-Trait Anxiety Scale (State)							
IC	50.75	12.50	47.65	13.57	36.45	11.66	24.40
EE	46.20	13.31	40.58	14.73	35.76	14.73	13.96
Beck Depression Inventory-II							
IC	23.15	9.53	15.70	10.34	7.90	10.05	58.15
EE	21.32	12.47	13.52	10.12	9.88	11.69	16.44
Target Complaints Scale (Discomfort)							
IC	10.49	1.43	8.18	1.81	5.46	2.12	92.97
EE	9.39	2.05	6.94	2.20	4.80	2.26	77.84
Rosenberg Self-Esteem Scale							
IC	24.45	5.5	22.60	6.74	19.10	5.62	18.29
EE	23.81	6.02	22.44	5.81	20.16	8.36	6.54
Inventory of Interpersonal Problems							
IC	1.84	0.43	1.43	0.48	1.05	0.43	59.00
EE	1.84	0.63	1.71	0.81	1.3	0.86	16.98
Resolution Scale							
IC	39.01	5.82	34.53	7.00	25.53	6.71	80.12
EE	39.68	7.38	32.68	8.87	25.66	10.43	52.62
PTSD Symptom Severity Interview							
IC	23.15	11.36	18.15	11.41	10.37	10.28	23.22
EE	23.24	12.01	15.10	8.89	7.96	8.50	9.60

Note. IC, imaginal confrontation; EE, empathic exploration; PTSD, posttraumatic stress disorder. N=45, IC<sub>n</sub> =20, EE<sub>n</sub> =25.  
<sup>a</sup>Pre-post.

Table IV. Pretest, Posttest, and Follow-Up Means and Standard Deviations on Dependent Measures in Each Treatment Condition

Measure	Pretest		Posttest		Follow-up		F (time) <sup>a</sup>
	M	SD	M	SD	M	SD	
Impact of Event Scale							
IC	24.14	8.63	10.2	7.6	13.30	7.47	25.01
EE	24.61	8.80	9.25	8.48	9.95	7.64	52.85
State-Trait Anxiety Scale (State)							
IC	47.79	12.84	35.29	11.44	39.36	12.19	3.51
EE	48.83	13.22	35.57	15.27	36.09	2.88	15.22
Beck Depression Inventory-II							
IC	21.29	8.00	7.57	11.49	10.41	11.05	9.09
EE	21.09	12.64	10.30	2.02	8.74	10.66	12.88
Target Complaints Scale (Discomfort)							
IC	10.45	1.47	5.46	2.06	4.36	1.81	85.36
EE	9.26	2.04	4.96	2.28	4.81	2.32	61.63
Rosenberg Self-Esteem Scale							
IC	23.71	5.66	18.14	6.26	18.36	6.63	16.68
EE	23.75	6.34	20.74	8.46	19.70	7.64	6.43
Inventory of Interpersonal Problems							
IC	1.82	0.50	1.00	0.43	1.14	0.59	26.30
EE	1.85	0.64	1.38	0.86	1.19	0.78	16.64
Resolution Scale							
IC	38.52	5.14	23.79	4.67	24.34	8.19	26.85
EE	39.37	7.62	26.33	10.60	24.25	8.57	75.81

Note. IC, imaginal confrontation; EE, empathic exploration. N =37, IC<sub>n</sub> =14, EE<sub>n</sub> =23.  
<sup>a</sup>Pre-follow-up.

Table 2. *SD* Other Symptom Self-Report Treatment = Outcome Differences  $\times$  Treatment Condition

Measure	Assessment	Treatment condition		
		EMDR	PE	WAIT
BDI	PRE	25.95 (7.11)	16.70 (8.18)	24.05 (10.50)
	POST	10.70 (11.45)	4.65 (4.99)	22.20 (10.55)
	6 MO	10.53 (10.92)	4.44 (5.07)	-
DES-II	PRE	18.68 (12.67)	10.13 (5.45)	12.53 (10.18)
	POST	8.12 (7.98)	4.84 (4.65)	12.36 (8.51)
	6 MO	8.91 (9.10)	3.51 (2.61)	-
STAI-State	PRE	51.10 (11.05)	43.33 (12.59)	46.58 (13.48)
	POST	32.60 (11.62)	30.00 (10.44)	49.00 (13.73)
	6 MO	38.89 (14.54)	29.19 (8.79)	-
STAI-Trait	PRE	56.80 (10.95)	48.72 (8.62)	53.42 (13.07)
	POST	41.10 (14.48)	35.56 (9.88)	53.95 (13.01)
	6 MO	41.44 (13.26)	34.19 (7.52)	-

*Note.* EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PE = Prolonged Exposure; WAIT = Waitlist control; PRE = pretreatment; POST = posttreatment; 6 MO = 6-month follow-up; BDI = Beck Depression Inventory; DES-II = Dissociative Experiences Scale-II; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; At Pretreatment,  $n = 60$  for BDI and DES-II and  $n = 58$  for STAI-State and STAI-Trait; At Posttreatment,  $n = 60$  for BDI,  $n = 59$  for DES-II and STAI-State, and  $n = 58$  for STAI-Trait; At 6-month follow-up,  $n = 37$  for BDI and DES-II, and  $n = 36$  for STAI-State and STAI-Trait.

**Table 1**  
**Posttest and Follow-Up Comparisons Between Prolonged**  
**Exposure ( $n = 9$ ) and Treatment as Usual ( $n = 12$ )**  
**for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)**

Measures	Prolonged Exposure		Treatment as Usual		<i>F</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Primary outcome							
PTSD Diagnostic Scale Interview							
Pretest	34.89	7.64	35.17	8.31			
Posttest <sup>a</sup>	19.22	11.61	30.42	7.43	8.54	.009	1.19
Follow-up	18.78	10.70	30.50	9.05	7.56	.013	1.20
Beck Anxiety Inventory							
Pretest	29.22	13.38	30.58	13.24			
Posttest	18.33	10.85	26.75	10.21	6.05	.024	0.80
Follow-up	18.89	9.41	28.25	8.92	5.72	.028	1.03
Beck Depression Inventory							
Pretest	27.22	12.72	31.17	11.49			
Posttest	17.67	7.45	25.08	8.89	3.93	.063	0.89
Follow-up	15.56	8.38	25.50	10.42	4.60	.046	1.03
Secondary outcome							
Body Sensations Questionnaire							
Pretest	3.00	0.93	2.76	0.83			
Posttest	2.47	0.80	3.03	0.75	6.03	.024	0.73
Follow-up	2.32	0.98	3.26	0.79	9.19	.007	1.07
Anger Expression Inventory							
Pretest	34.67	7.48	38.17	11.34			
Posttest <sup>a</sup>	26.44	10.57	38.42	12.47	7.07	.016	1.02
Follow-up	27.89	8.67	37.83	11.36	7.43	.014	0.96
Brief Symptom Inventory (General Severity Index)							
Pretest	2.23	0.70	2.21	0.78			
Posttest	1.44	0.73	2.01	0.81	6.57	.020	0.73
Follow-up	1.41	0.96	2.31	0.93	7.45	.014	0.96

Note: *F* and *p* values show the effect of group on posttest and follow-up scores with pretest scores covaried.

a. Depicted are means and standard deviations in their original units of measurement. To satisfy the homogeneity of slopes assumption, ANCOVAs were conducted with logarithmically transformed scores.

Table 3. Data for Hypotheses 4–6

	Hypothesis 4				Hypothesis 5				Hypothesis 6				
	Time t2a	Time t2b	t-tests	effect size	Time t2a	Time t2b	t-tests	effect size	Time t3	t-tests	effect size		
	M (SD) n = 75	M (SD) n = 75	t <sub>t2a-t2b</sub>	d	M (SD) n = 30	M (SD) n = 30	t <sub>t2a-t2b</sub>	d	M (SD) n = 30	t <sub>t2-t3</sub>	d	t <sub>t2a-t3</sub>	d
BPI													
Cutoff score	14.09 (3.44)	13.36 (3.67)	2.09	0.34	13.17 (4.09)	12.27 (4.51)	1.29	0.33	11.73 (5.38)	0.82	0.21	1.38	0.36
Primitive defense mechanisms	5.24 (1.93)	4.39 (2.29)	3.86**	0.63	4.73 (2.13)	3.80 (2.67)	2.26	0.58	3.73 (2.73)	0.18	0.05	1.94	0.50
Identity diffusion	8.25 (2.81)	8.01 (2.85)	0.86	0.14	7.70 (3.03)	7.10 (2.96)	1.22	0.32	6.77 (3.79)	0.70	0.18	1.36	0.35
Fear of closeness	6.45 (4.31)	5.75 (1.70)	1.34	0.22	5.80 (1.63)	5.67 (1.79)	0.45	0.11	5.17 (2.13)	1.27	0.33	1.40	0.36
Impaired reality testing	1.44 (1.47)	1.64 (1.56)	-1.40	0.23	1.20 (1.35)	1.53 (1.59)	-1.78	0.45	1.10 (1.35)	2.28	0.58	0.45	0.12
DES													
DES score	29.53 (16.29)	24.97 (17.32)	3.19*	0.52	24.61 (14.73)	22.30 (15.66)	1.46	0.38	19.87 (12.64)	1.36	0.35	2.30	0.59
Amnesic dissociation	14.97 (15.68)	12.76 (15.69)	1.61	0.26	10.75 (11.77)	9.38 (11.36)	1.04	0.27	9.92 (11.54)	-0.35	0.09	0.49	0.13
Absorption	36.36 (17.50)	30.61 (18.84)	3.83**	0.63	28.43 (15.58)	26.44 (16.18)	1.06	0.27	24.30 (13.51)	1.06	0.27	1.82	0.47
Depersonalization	32.27 (23.16)	27.32 (22.54)	2.41	0.39	27.68 (22.18)	27.64 (22.95)	0.20	0.04	19.83 (18.01)	2.28	0.59	2.1	0.56
SCL-90-R													
GSI	1.82 (0.68)	1.63 (0.73)	2.53	0.42	1.70 (0.65)	1.52 (0.74)	1.46	0.4	1.41 (0.78)	0.99	0.26	2.05	0.52
BDI													
Total score	29.50 (10.30)	26.26 (12.67)	2.54	0.53	25.33 (12.79)	19.50 (11.84)	1.97	0.80	22.56 (12.73)	-0.19	0.09	1.07	0.57
IES													
Intrusion	3.36 (0.63)	3.15 (0.72)	2.25	0.42	3.16 (0.63)	2.96 (0.71)	1.45	0.46	2.75 (0.84)	0.44	0.12	2.86	0.57
Avoidance	3.12 (0.78)	2.84 (0.56)	4.07**	0.77	3.07 (0.52)	2.70 (0.59)	2.97	0.93	2.59 (0.68)	1.00	0.28	2.85	0.74

Note. t2a: Phase 2: start of trauma-focused inpatient treatment (admission); t2b = Phase 2: end of trauma-focused inpatient treatment (discharge); t3 = 1-year follow-up; BDI = Beck Depression Inventory; BPI = Borderline Personality Inventory; DES = Dissociative Experience Scale (DES); IES = Impact of Event Scale; SCL-90-R = Symptom-Checklist SCL 90-R. \* $p < .0038$  ( $= 0.05/13$ ) \*\* $p < .0008$  ( $= 0.01/13$ ).

Treatment of women with PTSD and BPD

Table 3. Data for Hypotheses 4-6

	Hypothesis 4				Hypothesis 5				Hypothesis 6				
	Time t2a M (SD) N = 75	Time t2b M (SD) N = 75	t-tests t(2b-2a) d	effect size d	Time t2a M (SD) N = 30	Time t2b M (SD) N = 30	t-tests t(2b-2a) d	effect size d	Time t3 M (SD) N = 30	t-tests t(2b-3) d	effect size d	Time t3 M (SD) N = 30	t-tests t(2a-3) d
BPI													
Cutoff score	14.09 (3.44)	13.36 (3.67)	2.09	0.34	13.17 (4.09)	12.27 (4.51)	1.29	0.33	11.73 (5.38)	0.82	0.21	1.38	0.36
Primitive defense mechanisms	5.24 (1.93)	4.39 (2.29)	3.86**	0.63	4.73 (2.13)	3.80 (2.67)	2.26	0.38	3.73 (2.73)	0.18	0.05	1.94	0.30
Identity diffusion	8.25 (2.81)	8.01 (2.85)	0.86	0.14	7.70 (3.03)	7.10 (2.96)	1.22	0.32	6.77 (3.79)	0.70	0.18	1.36	0.35
Fear of closeness	6.45 (4.31)	5.75 (1.70)	1.34	0.22	5.80 (1.63)	5.67 (1.79)	0.45	0.11	5.17 (2.13)	1.27	0.33	1.40	0.36
Impaired reality testing	1.44 (1.47)	1.64 (1.56)	-1.40	0.23	1.20 (1.35)	1.33 (1.59)	-1.78	0.45	1.10 (1.35)	2.28	0.38	0.45	0.12
DES													
DES score	29.53 (16.29)	24.97 (17.32)	3.19*	0.52	24.61 (14.73)	22.30 (15.66)	1.46	0.38	19.87 (12.64)	1.36	0.35	2.30	0.39
Amnesic dissociation	14.97 (15.68)	12.76 (15.69)	1.61	0.26	10.75 (11.77)	9.38 (11.36)	1.04	0.27	9.92 (11.54)	-0.35	0.09	0.49	0.13
Absorption	36.36 (17.50)	30.61 (18.84)	3.83**	0.63	28.43 (15.58)	26.44 (16.18)	1.06	0.27	24.30 (13.51)	1.06	0.27	1.82	0.47
Depersonalization	32.27 (23.16)	27.32 (22.94)	2.41	0.39	27.68 (22.18)	27.64 (22.95)	0.20	0.04	19.83 (18.01)	2.28	0.59	2.1	0.56
SCL-90-R													
GSI	1.82 (0.68)	1.63 (0.73)	2.53	0.42	1.70 (0.65)	1.52 (0.74)	1.46	0.4	1.41 (0.78)	0.99	0.26	2.05	0.52
BDI													
Total score	29.50 (10.30)	26.26 (12.67)	2.54	0.53	25.33 (12.79)	19.50 (11.84)	1.97	0.80	22.56 (12.73)	-0.19	0.09	1.07	0.57
IES													
Intrusion	3.36 (0.63)	3.15 (0.72)	2.25	0.42	3.16 (0.63)	2.96 (0.71)	1.45	0.46	2.75 (0.84)	0.44	0.12	2.86	0.57
Avoidance	3.12 (0.78)	2.84 (0.56)	4.07**	0.77	3.07 (0.52)	2.70 (0.59)	2.97	0.93	2.59 (0.68)	1.00	0.28	2.85	0.74

Note. t2a: Phase 2: start of trauma-focused inpatient treatment (admission); t2b = Phase 2: end of trauma-focused inpatient treatment (discharge); t3 = 1-year follow-up; BDI = Beck Depression Inventory; BPI = Borderline Personality Inventory; DES = Dissociative Experience Scale (DES); IES = Impact of Event Scale; SCL-90-R = Symptom-Checklist SCL 90-R. \*p < .0038 (= 0.05/13) \*\*p < .0008 (= 0.01/13).

Table 1. Comparison of CSA group pre- and post-treatment functioning on patient self-report and clinical rating scales

	Pre-TX (n = 12)		Post-TX (n = 12)		F(1,11)	p	d
	M	SD	M	SD			
<i>Patient-rated</i>							
SCL-90-R							
GSI	1.42	0.59	0.90	0.66	8.11	0.016 <sup>b</sup>	0.83 <sup>c</sup>
DEP	2.07	0.86	1.22	0.88	9.56	0.01 <sup>b</sup>	0.98 <sup>c</sup>
I-S	1.93	0.95	1.19	0.81	5.53	0.038 <sup>b</sup>	0.84 <sup>c</sup>
ANX	1.26	0.69	0.83	0.62	4.23	0.064	0.66 <sup>c</sup>
SAS-G	2.22	0.27	1.99	0.34	4.27 <sup>a</sup>	0.069	0.75 <sup>c</sup>
<i>Clinician-rated</i>							
GAF	57.83	5.80	69.33	9.11	31.43	<0.001 <sup>b</sup>	1.51 <sup>c</sup>
GARF	42.17	11.15	61.00	10.45	14.02	0.003 <sup>b</sup>	1.74 <sup>c</sup>
SOFAS	59.67	11.41	68.33	8.60	5.05	0.046 <sup>b</sup>	0.86 <sup>c</sup>

d = Cohen's (1988) effect size statistic, pooled standard deviations.

<sup>a</sup>Degrees of freedom are 1,9.

<sup>b</sup>p ≤ 0.05.

<sup>c</sup>Moderate to large effect size.

CSA = clinical sample with a history of childhood sexual abuse; SCL-90-R = Symptom Checklist 90-Revised; GSI = Global Severity Index; DEP = Depression scale; I-S = Interpersonal-Sensitivity scale; ANX = Anxiety scale; SAS-G = Social Assessment Scale Global Score; GAF = Global Assessment of Functioning scale; GARF = Global Assessment of Relational Functioning scale; SOFAS = Social and Occupational Functioning Assessment scale.

Table 2. Comparison of CSA group on evaluation—third session and post-treatment SCORS ratings

	3rd session (n = 12)		Post-TX (n = 12)		F(1,11)	p	d
	M	SD	M	SD			
COM	4.13	0.96	4.54	0.96	2.31	0.157	0.43
AFF	3.00	1.13	4.33	1.07	14.98	0.003 <sup>a</sup>	1.21 <sup>b</sup>
EIR	3.38	1.23	4.13	1.25	4.57	0.056	0.60 <sup>b</sup>
EIM	4.13	0.98	4.42	0.85	1.10	0.317	0.32
SC	3.79	1.08	4.58	0.82	3.49	0.089	0.82 <sup>b</sup>
AGG	3.54	1.21	4.50	1.07	9.16	0.012 <sup>a</sup>	0.84 <sup>b</sup>
SE	2.96	0.89	4.25	0.84	13.57	0.004 <sup>a</sup>	1.49 <sup>b</sup>
ICS	3.88	0.88	4.58	0.73	3.27	0.098	0.87 <sup>b</sup>

d = Cohen's (1988) effect size statistic, pooled standard deviations.

<sup>a</sup>p ≤ 0.05.

<sup>b</sup>Moderate to large effect size.

Therapists rated patients from the evaluation through the third session and at Post-Treatment. CSA = clinical sample with a history of childhood sexual abuse; SCORS = Social Cognition and Object Relations Scale; COM = Complexity of representation of people; AFF = Affective quality of representations; EIR = Emotional investment in relationships; EIM = Emotional investment in values and moral standards; SC = Understanding of social causality; AGG = Experience and management of aggressive impulses; SE = Self-esteem; ICS = Identity and coherence of self.

Table 3. Comparison of CSA group on third session and post-treatment self-reported changes in PEI specific domains of functioning and global treatment effectiveness

	3rd session (n = 12)		Post-TX (n = 12)		F(1,11)	p	d
	M	SD	M	SD			
Original complaints/symptoms	4.25	0.75	6.08	1.08	20.48	0.001 <sup>a</sup>	1.97 <sup>b</sup>
Intimate relationships	0.92	0.67	1.83	1.80	2.71	0.128	0.67 <sup>b</sup>
Self	1.33	0.89	2.92	1.24	25.62	<0.001 <sup>a</sup>	1.47 <sup>b</sup>
Control life	1.25	0.62	2.83	1.27	17.49	0.002 <sup>a</sup>	1.58 <sup>b</sup>
Painful feelings	0.92	0.79	2.17	1.40	11.30	0.006 <sup>a</sup>	1.10 <sup>b</sup>
Overall change	1.75	0.62	2.92	1.08	13.15	0.004 <sup>a</sup>	1.33 <sup>b</sup>

d = Cohen's (1988) effect size statistic, pooled standard deviations.

<sup>a</sup>p ≤ 0.05.

<sup>b</sup>Moderate to large effect size. PEI = Patient's Estimate of Improvement.

Complaints/symptoms = to what extent have your original complaints or symptoms improved? 1 (not at all) to 7 (very much); Intimate relationships = to what extent have your intimate relationships improved or gotten worse over the course of therapy? (-4: +4); Self = how much do you feel that your feelings about yourself have changed as a result of psychotherapy? (-4: +4); Control life = how much do you feel you are able to take control of your own life at this time, in comparison to before treatment? (-4: +4); Painful feelings = how much tolerance for painful feelings (e.g. guilt, shame, anxiety, sadness) do you have now in comparison to when you started therapy? (-4: +4); Overall change = please estimate your change in therapy so far (-4: +4).

**TABLE 3** *t* Test Comparisons of SIDES Domain and Total Pretest–Posttest (T1–T2) Difference Scores

Domain	XPER <i>M</i>		WCON <i>M</i>		Diff <i>M</i>		<i>t</i> value (8 <i>df</i> )	Prob <sup>a</sup>
	Pre	Post	Pre	Post	XPER	WCON		
Affect/Impulse Regulation	21.6	13.4	12.2	11.0	8.2	1.2	1.633	.07
Dissociation	9.0	6.6	5.2	3.8	2.4	1.4	0.657	.27
Self Perception	10.8	6.2	6.6	6.2	4.6	0.4	2.341	.02*
Relationships	6.2	5.6	5.2	3.6	0.6	1.6	−0.839	.79
Somatization	5.6	5.4	3.2	3.4	0.2	−0.2	−0.134	.45
Meaning	9.0	5.2	4.6	3.6	3.8	1.0	2.064	.04*
Total Score	62.2	42.4	37.0	31.6	19.8	5.4	2.085	.04*

*Note.* *N* = 10 (5 XPER and 5 WCON). SIDES = Structured Interview for Disorders of Extreme Stress; XPER = experimental group; WCON = wait-list control group.

<sup>a</sup>Probabilities based on directional hypotheses of reduction in symptoms (T1 > T2) with a greater reduction in the experimental group than the wait-list control group (XPER > WCON).

\**p* < .05.

**TABLE 4** *t* Test Comparisons of SIDES Domain and Total Posttest Follow-Up (T2–T3) Difference Scores

Domain	XPER <i>M</i>		TCON <i>M</i>		Diff <i>M</i>		<i>t</i> value (6 <i>df</i> )	Prob <sup>a</sup>
	Post	F/U	Post	F/U	XPER	TCON		
Affect/Impulse Regulation	13.4	13.4	15.7	7.7	0.0	8.0	2.391	.03*
Dissociation	6.6	3.8	5.3	3.3	2.8	2.0	−0.588	.71
Self Perception	6.2	6.6	8.6	1.3	−0.4	7.3	4.746	.00*
Relationships	5.6	5.0	5.0	3.0	0.6	2.0	0.565	.30
Somatization	5.4	5.0	3.4	0.7	0.4	2.7	0.785	.23
Meaning	5.2	4.8	5.0	2.3	0.4	2.7	0.719	.25
Total Score	42.4	38.6	43.0	18.3	3.8	24.7	2.236	.03*

*Note.* *N* = 8 (5 XPER and 3 TCON). SIDES = Structured Interview for Disorders of Extreme Stress; XPER = experimental group; F/U = follow-up; TCON = treated control group (wait-list controls [WCON] after treatment). TCON posttest means are different from WCON posttest means in Table 2 because they are based on *n* = 3 due to participant dropout.

<sup>a</sup>Probabilities based on directional hypotheses of reduction in symptoms (T2 > T3) with a greater reduction in the treated control group than the original experimental group (TCON > XPER).

\**p* < .05.



**TABLE 5** Effect Sizes for SIDES Scores at T1–T2 and T2–T3

Domain	Group	T1–T2 effect size	T2–T3 effect size
Affect/Impulse Regulation	XPER	1.23	0.00
	W/TCON	0.17	1.32
Dissociation	XPER	1.58	1.46
	W/TCON	0.46	1.15
Self Perception	XPER	1.77	0.16 <sup>a</sup>
	W/TCON	0.13	4.80
Relationships	XPER	0.24	0.15
	W/TCON	1.78	1.00
Somatization	XPER	0.04	0.09
	W/TCON	0.05 <sup>a</sup>	1.06
Meaning	XPER	2.56	0.09
	W/TCON	0.38	0.64
Total Score	XPER	1.70	0.25
	W/TCON	0.53	3.70

Note. XPER = experimental group; W/TCON = wait-list and treated control groups.

<sup>a</sup>Change is in direction of worsening symptoms.

**TABLE 6** DESNOS Diagnoses and Total Severity Scores at T1, T2, and T3

ID #	Pretest (T1)			Posttest (T2)			Follow-up (T3)	
	Criteria	Total-DX	TX	Criteria	Total-DX	TX	Criteria	Total-DX
1	Yes	1.94	✓	No	1.18		No	0.44
2	Yes	1.72	✓	Yes	1.60		Yes	1.22
5	No	1.26	✓	No	0.26		No	0.82
7	Yes	1.68	✓	Yes	1.50		Yes	1.71
8	Yes	2.00	✓	No	1.06		No	0.57
3	Yes	1.69		Yes	1.02	✓	No	0.39
4	No	0.79		No	1.04	✓	No	0.18
6	No	0.25		No	0.17		No data	
9	Yes	1.33		No	0.82	✓	No	0.58
10	No	0.49		No	0.50		No data	

Note. DESNOS = Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified; DX = diagnostic; TX = sensory integration treatment. Positive for DESNOS diagnosis if criteria are met for all six domains, or for five excluding Somatization (see text).

**TABLE 7** Visual Sensory Integration Scores at T1 and T2

Variable	XPER <i>M</i>		WCON <i>M</i>		Diff <i>M</i>		<i>t</i> value	Prob <sup>a</sup>
	Pre	Post	Pre	Post	XPER	WCON		
Somatic R eye	8.00	9.33	11.66	9.00	1.33	−2.66	3.090	.01*
Somatic L eye	8.67	8.67	12.00	10.33	0	−1.67	1.287	.12
Emotional R eye	6.66	9.67	10.33	10.00	3.00	−0.33	2.262	.03*
Emotional L eye	8.00	9.00	12.00	10.67	1.00	−1.33	1.400	.10
Cognitive R eye	7.00	8.67	10.00	9.33	1.67	−0.66	2.062	.04*
Cognitive L eye	7.33	8.33	10.67	10.67	1.00	0	0.651	.27

Note. XPER = experimental group; WCON = wait-list control group.

<sup>a</sup>Probabilities based on directional hypotheses of sensory integration improvement (T2 > T1) with greater improvement in the XPER group than the WCON group.

\**p* < .05.

