

ПРИМЕНЕНИЕ ПРАКТИК ОСОЗНАННОСТИ В ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (по материалам зарубежных исследований)

© Кияненко И.К.

Аспирант, стажер-исследователь Научно-учебной лаборатории психологии салютогенной
среды, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия
kiyanenko.i.k@hse.ru

В статье рассматривается применение практик осознанности (майндфулнес) в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Представлен обзор зарубежных исследований, посвящённых эффективности программ, основанных на осознанности, таких как MBSR, TI-MBSR и MBCT, при работе с ветеранами боевых действий. Описаны механизмы воздействия практик осознанности на ключевые симптомы ПТСР: избегание, гипервозбуждение, интрузии, диссоциацию и эмоциональное оцепенение. Отмечается, что практики осознанности интегрируются в трёхфазную модель терапии травмы Джудит Херман, способствуя стабилизации, работе с травматическим материалом и консолидации изменений. Несмотря на ограниченность исследований по отдельным аспектам, МВИ-интервенции рассматриваются как эффективное и доступное дополнение к существующим методам лечения ПТСР, особенно для пациентов с трудностями при использовании традиционных подходов.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия, осознанность, майндфулнес, интервенции основанные на осознанности, ветераны боевых действий

Введение

Актуальность исследования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с точки зрения практической значимости обусловлена, прежде всего, достаточно широким распространением данного заболевания среди различных групп населения. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения на 2024 год, примерно 3,9% всего мирового населения имели хотя бы один эпизод ПТСР на протяжении своей жизни (World Health Organization, 2022). Более уязвимой категорией населения являются ветераны боевых действий. Согласно проведенному метаанализу, около 23,8% участников боевых действий впоследствии испытывают ПТСР (Norpen, Morina, 2019).

Актуальность исследования ПТСР с точки зрения психотерапевтической практики обусловлена несколькими факторами. Во-первых, такой наиболее распространенный терапевтический подход как когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на травму, показывает эффективность примерно в 60% случаев (Bremner et al., 2017). Во-вторых, во многих странах до сих пор существуют проблемы с доступом к качественной психотерапевтической помощи вследствие как нехватки подготовленных специалистов, так и не-

эффективности систем здравоохранения. В-третьих, одним из основных симптомов ПТСР является избегание, которое распространяется в том числе и на представление травматического опыта, что препятствует лечению данного расстройства. Все эти факторы бросают перед научным сообществом вызов — определить оптимальные методы терапии ПТСР, которые были бы достаточно эффективны, доступны для различных групп населения, а также учитывали специфику протекания данного расстройства. В данной статье проведен обзор основных программ, основанных на осознанности, применяемых в терапии ПТСР, описаны механизмы воздействия таких интервенций на симптомы посттравматического стрессового расстройства, а также приведены результаты зарубежных исследований эффективности данных программ относительно терапии ПТСР среди ветеранов боевых действий.

Практики осознанности и их применение в психотерапии ПТСР

Осознанность, или майндфулнес (англ. — *mindfulness*) — это непредвзятое исследование настоящего опыта, включающее ментальные (мысли, эмоции, чувства) и телесные ощущения (Kabat-

Zinn, 2009). Современные представления о практике осознанности были в значительной степени сформированы в конце 1970-х гг. профессором Медицинской школы Массачусетского университета Д. Кабат-Зинном, который взял за основу буддийские техники медитации, удалив из них весь религиозный и эзотерический контекст, адаптировав их, таким образом, для западной аудитории.

Разнообразные психологические подходы, использующие майндфулнес в качестве основы, объединяются в группу «интервенций, основанных на майндфулнес» (*Mindfulness-Based Interventions, MBI*). В контексте работы с ПТСР наиболее применимыми являются три направления: программа снижения стресса на основе осознанности (*Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR*), травма-информированная программа снижения стресса на основе осознанности (*Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction, TI-MBSR*), а также одна из ветвей когнитивно-поведенческой терапии — когнитивная терапия, основанная на осознанности (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT*), адаптированная для лечения ПТСР.

Программа снижения стресса на основе осознанности (*MBSR*) — это восьминедельная программа, сочетающая изучение паттернов мышления, чувств и поведения, а также изучение светской медитации, телесной осознанности и элементов йоги. Программа включает в себя еженедельные встречи (очно или онлайн) продолжительностью 1,5–2 часа, однодневную практику в середине курса и серию ежедневных домашних заданий, выполнение которых занимает около 30–45 минут. Участник получает стандартизированные материалы по *MBSR* в виде рабочей тетради с теоретической информацией, бланками для фиксации наблюдений и выполнения домашних заданий.

Программы *MBSR* и *TI-MBSR* имеют одни и те же основополагающие принципы и похожи по структуре, но отличаются специфической направленностью и адаптациями. *MBSR* разработана как общая программа снижения стресса и сосредоточена на развитии осознанности с помощью различных медитативных практик, в то время как *TI-MBSR* разработана специально для людей, переживших травму, особенно для тех, кто страдает ПТСР и включает в себя психообразование, ориентированное на травму. Программа *TI-MBSR* разработана как вмешательство на первой фазе лечения травмы, направленное на обеспечение безопасности и регуляцию аффекта. Классическая

программа *MBSR* может не затрагивать специфические проблемы, связанные с травмой и, соответственно, может потенциально спровоцировать негативные переживания. *TI-MBSR* направлена на создание безопасной среды для людей, переживших травму, и включает модификации для предотвращения повторной травматизации, фокусируясь на сдерживании травмирующих мыслей и эмоций. Также в качестве элемента психообразования в *TI-MBSR* включены блоки о нейрофизиологии травмы, а также понимание симптомов травмы как адаптации. Важной особенностью *TI-MBSR*, предотвращающей ретравматизацию, является тот факт, что участников не просят раскрывать или напрямую обрабатывать травматические воспоминания, что обеспечивает безопасную атмосферу в процессе прохождения курса (Kelly, Garland, 2016).

МВСТ-подход сочетает в себе элементы медитации на основе осознанности и техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Помимо использования практик осознанности, ключевые особенности МВСТ состоят в следующем:

- фокус на принятии пациентами своих мыслей и чувств без осуждения;
- профилактика рецидивов: первоначально разработанная для предотвращения рецидивов при рекуррентной депрессии, МВСТ помогает людям распознавать ранние признаки депрессивных эпизодов. Данная особенность МВСТ является значимой в терапии ПТСР, так как, по данным исследований, депрессия сопутствует ПТСР вплоть до 60% случаев (Adams et al., 2019);
- групповой формат: обычно проводится в течение 8 еженедельных сессий, часто в групповой обстановке.

Таким образом, отличия МВСТ от КПТ можно сформулировать следующим образом:

- подход к мыслям: в то время как КПТ фокусируется на формулировании и изменении негативных мыслеобразов, МВСТ делает акцент на наблюдении и выработке «третьей позиции» восприятия по отношению к мыслям;
- ориентация на цель: КПТ более ориентирована на достижение цели, направленной на активное изменение мыслей и поведения, а МВСТ поощряет режим «бытия», фокусируясь на принятии и разрешении того, что есть;
- развитие навыков: КПТ делает акцент на развитии навыков преодоления, в то время как МВСТ фокусируется на развитии осознанности и осознания настоящего момента.

Психологические механизмы практик осознанности при терапии ПТСР

Проведенный анализ позволяет выделить восемь основных принципов практик осознанности:

1. Непредвзятое (неосуждающее) наблюдение — означает способность наблюдать за неприятными или трудными мыслями и чувствами без отнесения его к хорошему или плохому.

2. Принятие — предполагает признание того факта, что человек не всегда испытывает только приятные переживания и проживание всего переживаемого опыта в его полноте.

3. Терпение — установка на то, что окружающие события должны развиваться своим чередом и торопить их не следует.

4. Ум новичка — свободное от предубеждений и навешивания ярлыков восприятие событий, как будто они происходят впервые.

5. Доверие — прежде всего к своему опыту и процессу его проживания.

6. Отпускание — освобождение от привязанности к мыслям и чувствам.

7. Не-стремление — практика без привязанности к конкретным целям и результатам.

8. Благодарность — осознание ценности момента «здесь и сейчас» и переживаемого опыта.

Корневые компоненты подходов, основанных на осознанности, а именно тренировка фокуса внимания, когнитивное осознание и неосуждение, позволяют направить терапию на такие проявления ПТСР, как избегание, эмоциональное оцепенение и гипервозбуждение, негативные эмоции (стыд и чувство вины) и диссоциацию, а также некоторые нейрокогнитивные процессы, связанные с посттравматическим стрессом.

Практики осознанности развивают намеренное переключение внимания на настоящий момент, уменьшая смещение внимания на стимулы, связанные с травмой, и поведение избегания. Другим эффектом развития внимания и, в частности, внимательного осознания текущего опыта является снижение реактивности и импульсивного поведения (Vruant, 2019). Таким образом, прерывание неадаптивных циклов мышления, которые достигаются с помощью практик осознанности, снижают частоту возникновения интрузий.

Избегание опыта, то есть попытки подавить мысли, эмоции или воспоминания, связанные с травмой, является одним из основных факторов поддержания ПТСР. Симптомы избегания также снижаются за счет фокусировки на настоящем моменте, а также при большей открытости опыту и принятии (неосуждении), то есть готовности

встречаться с неприятными или травмирующими стимулами. Снижение избегания имеет важный терапевтический эффект, так как позволяет пациенту и терапевту работать с травмирующим материалом. Также отмечено, что восприятие травматического опыта становится менее интенсивным: он воспринимается как неприятные переживания, а не как угроза (Li et al., 2024).

С точки зрения возможной ретравматизации существует значительное различие между МВИ-подходами и подходами, ориентированными на травматическую экспозицию. Оно заключается в том, что, в отличие от экспозиционной терапии, МВИ-интервенции не вызывают травматические воспоминания намеренно, а позволяют им возникнуть естественным образом во время практик. Пациенты учатся справляться с дискомфортом постепенно, снижая симптомы гипервозбуждения и избегания (Davis et al., 2019).

Способствуя непредвзятому принятию мыслей и эмоций, связанных с травмой, МВИ-интервенции также уменьшают стыд, вину и эмоциональное оцепенение, которые являются частыми эмоциональными проявлениями при посттравматическом стрессе. Эти интервенции прерывают привычную реакцию на стресс, отделяя травматические триггеры от эмоциональных реакций, а также снижают интенсивность негативных эмоций. Следующим шагом после такого разделения является когнитивная переоценка и выработка «третьей позиции» восприятия, что уменьшает когнитивные искажения, поддерживающие ПТСР.

Одним из проявлений ПТСР является диссоциация. Практики осознанности включают телесный компонент, например сканирование тела, когда внимание последовательно направляется в разные участки тела, а также упражнения из йоги, что в сочетании с осознанием настоящего момента способствует интеграции ментального и телесного уровней. Исследования показали, что осознанность как черта характера отрицательно коррелирует с диссоциацией, так как снижает фрагментированное восприятие собственного опыта пациента (Boyd et al., 2018). Также отмечено, что разнообразные практики МВИ-подходов, ориентированные на работу с телом и телесное осознание, улучшают обнаружение телесных сигналов, связанных со стрессом, и позволяют регулировать эмоции на более раннем этапе (Li et al., 2024).

В исследовании J. Bremner и коллег отмечается, что участники программ на основе осознанности отмечают улучшения в области целеполагания и устойчивости, что связывается с посттравма-

тическим ростом, в частности развитием самосострадания и укреплением доверия в межличностных отношениях (Bryant et al., 2019).

Некоторые подходы, основанные на осознанности, в частности, MBSR и TI-MBSR, традиционно проводятся в групповом формате, что обеспечивает участникам социальную и эмоциональную поддержку.

Исследование нейробиологического влияния практик осознанности J. Boyd и коллег показало, что такие практики повышают активность медиальной префронтальной коры и снижают реактивность миндалевидного тела, что улучшает эмоциональную регуляцию (Boyd et al., 2018). Также показано, что МБИ-практики нормализуют связь между сетью пассивного режима работы мозга (*Default Mode Network, DMN*), сетью выявления значимости (*Salience Network, SN*), отвечающую за «фильтрацию» внешних и внутренних сигналов, и центральной исполнительной сетью (*Central Executive Network, CEN*), участвующей в том числе в обработке сигналов и концентрации. Связь данных систем при ПТСР нарушается, а ее восстановление решает сразу несколько актуальных для пациентов задач: уменьшает руминацию, повышает гибкость внимания, а также может снижать гипервозбуждение. С точки зрения эндокринной системы практики осознанности снижают уровень кортизола и провоспалительных цитокинов, в частности, интерлейкина-6 (IL-6), что уменьшает общее воспаление (Boyd et al., 2018).

Ограничения применения МБИ-подходов в терапии ПТСР обусловлены их недостаточной изученностью, особенно по сравнению с методами психофармакотерапии первой линии, хотя размер эффекта является сопоставимым. Также, рядом исследователей отмечено, что недостаточно изучены механизмы влияния подходов, основанных на осознанности на диссоциативные симптомы ПТСР (Boyd et al., 2018).

В целом, практики осознанности укладываются в трехфазную модель терапии травмы Д. Херман:

1. Фаза безопасности и стабилизации — такие практики как осознанное дыхание, сканирование тела помогают клиентам справляться с острыми симптомами, например, паническими атаками.

2. Фаза конфронтации или работы с травматическим материалом — все навыки осознанности помогают клиенту удерживаться в настоящем моменте, предотвращая ретравматизацию. Это позволяет пациенту обрабатывать травмирующие воспоминания, осознавая присутствие терапевта.

3. Фаза консолидации и реинтеграции — осознанность помогает снизить диссоциацию, то есть сохранить и поддерживать идентичность клиента (Herman, 1997).

Резюмируя, можно описать следующие связи между симптомами ПТСР и механизмами практик осознанности:

- интрузии снижаются через осознание текущего опыта, восстановление контроля над фокусом внимания и его переключения с травмирующих стимулов на настоящий момент;
- избегание снижается через неосуждающее осознание текущего опыта;
- симптоматика возбуждения и реактивности сглаживается через фокусировку на моменте «здесь и сейчас», а также за счет снижения фокуса на травмирующем событии;
- изменение настроения и когнитивной сферы регулируются через безоценочное восприятие событий, связанных с травмой;
- симптомы диссоциации уменьшаются через соединение с текущим (в том числе телесным) опытом и преодоление негативных внутренних состояний.

Сравнительный анализ эффективности практик осознанности при терапии ПТСР

В рамках исследования М. Polusny и коллег, проведенного с участием 116 ветеранов боевых действий с диагностированным ПТСР и подпороговым ПТСР, участники были распределены на 2 группы: первая группа проходила MBSR (дополненный психообразованием по травме, то есть фактически — TI-MBSR), вторая группа проходила терапию, ориентированную на настоящее (нетравмоориентированная терапия ПТСР). Результаты показали, что в момент окончания терапии первая и вторая группа продемонстрировали сходные результаты. Однако спустя 2 месяца после окончания терапии в группе MBSR выявлено значительно большее снижение по Шкале самооценки проявлений ПТСР (размер эффекта $d=0,40$), Клинической шкале оценки ПТСР (размер эффекта $d=0,41$) и Опроснику качества жизни ВОЗ (размер эффекта $d=0,41$) по сравнению с исходным уровнем. Это может говорить о большей эффективности программы MBSR для поддержания эффекта терапии. Также были выявлены незначительные различия между группами по шкале депрессии (одинаковые улучшения в группах) (Polusny et al., 2015).

В исследовании К. Possemato и коллег 62 ветерана боевых действий с ПТСР и подпороговым ПТСР, разделили на 2 группы: первая группа прошла сокращенный 4-недельный курс MBSR и типичную первичную помощь для ветеранов (фармакотерапию), а вторая группа — только типичную первичную помощь (фармакотерапию).

В результате исследователи пришли к следующим выводам:

– не была выявлена существенная разница между группами по Шкале самооценки проявление ПТСР и Клинической шкале оценки ПТСР; произошло значительное улучшение по показателям депрессии в первой группе (размер эффекта $d=0,86$);

– в первой группе также произошло значительное снижение симптомов по Клинической шкале оценки ПТСР (размер эффекта $d=0,72$) и Опроснику здоровья пациента (размер эффекта $d=0,99$) (Possemato et al., 2016).

В исследование King и коллег, проведенном с участием 37 ветеранов боевых действий с диагностированным хроническим ПТСР, оценивалась эффективность 8-недельной программы MBCT, адаптированной для ПТСР по сравнению с группой, получавшей кратковременное терапевтическое вмешательство. В группе MBCT у 73% участников наблюдалось значительное улучшение общих симптомов ПТСР по Клинической шкале оценки ПТСР, особенно заметное и клинически значимое снижение касалось симптомом избегания (размер эффекта $d=2,11$) и блокировки эмоциональных реакций (размер эффекта $d=0,57$) (King et al., 2013).

Таким образом, практики осознанности доказывают свою эффективность и могут служить обоснованным дополнением фармакотерапии ПТСР среди ветеранов боевых действий.

Заключение

Современные практики осознанности (майндфулнес), такие как MBSR, TI–MBSR и MBCT, демонстрируют значительный потенциал в терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Их эффективность подтверждается исследованиями, в которых отмечено устойчивое снижение симптомов ПТСР, улучшение эмоциональной регуляции, снижение уровня депрессии и повышение качества жизни у различных групп пациентов, включая ветеранов боевых действий. Механизмы воздействия практик осознанности связаны с развитием навыков саморегуляции, снижением избегания, уменьшением интенсивности негативных эмоций, интеграцией ментального и телесного опыта, а также с нейробиологическими изменениями, способствующими восстановлению баланса между основными мозговыми сетями. Важным преимуществом МВИ-подходов является их ориентация на создание безопасной терапевтической среды, предотвращающей ретравматизацию, а также возможность адаптации программ для различных целевых групп. Практики осознанности интегрируются в трехфазную модель терапии травмы, способствуя стабилизации, работе с травматическим материалом и консолидации изменений. Несмотря на недостаточную изученность некоторых аспектов, в частности влияния на диссоциативные симптомы, МВИ-интервенции уже сегодня могут рассматриваться в качестве эффективного и доступного дополнения к существующим методам лечения ПТСР, особенно для пациентов, испытывающих трудности с традиционными подходами. Дальнейшие исследования необходимы для более глубокого понимания механизмов воздействия и определения оптимальных форматов внедрения практик осознанности в клиническую практику терапии ПТСР, с учетом индивидуальных особенностей пациентов и специфики травматического опыта.

Литература:

1. Adams S. W., Bowler R. M., Russell K., et al. PTSD and comorbid depression: Social support and self-efficacy in World Trade Center tower survivors 14–15 years after 9/11 // *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. № 2. P. 156–164. DOI: 10.1037/tra0000404
2. Boyd J. E., Lanius R. A., McKinnon M. C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2018. Vol. 43. № 1. P. 7–25. DOI: 10.1503/jpn.170021
3. Bremner J. D., Mishra S., Campanella C., et al. A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Brain Response to Traumatic Reminders of Combat in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder // *Frontiers in Psychiatry*. 2017. Vol. 8. Art. 157. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00157
4. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges // *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18. № 3. P. 259–269. DOI: 10.1002/wps.20656

5. *Davis L.L., Whetsell C., Hamner M.B., et al.* A Multisite Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder // *Psychiatric Research and Clinical Practice*. 2019. Vol. 1. № 2. P. 39–48. DOI: 10.1176/appi.prcp.20180002
6. *Herman J.L.* Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1997.
7. *Hoppen T.H., Morina N.* The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers // *European Journal of Psychotraumatology*. 2019. Vol. 10. № 1. P. 1–12. DOI: 10.1080/20008198.2019.1578637
8. *Kabat-Zinn J.* Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Random House Publishing Group, 2009.
9. *Kelly A., Garland E.L.* Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT // *Journal of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 72. № 4. P. 311–328. DOI: 10.1002/jclp.22273
10. *King A.P., Erickson T.M., Giardino N.D., et al.* A Pilot Study Of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) For Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) // *Depression and Anxiety*. 2013. Vol. 30. P. 638–645. DOI: 10.1002/da.22104
11. *Li W.W., Nannestad J., Leow T., Heward C.* The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression, PTSD, and mindfulness among military veterans: A systematic review and meta-analysis // *Health Psychology Open*. 2024. Vol. 11. P. 1–17. DOI: 10.1177/20551029241302969
12. *Polusny M.A., Erbes C.R., Thuras P., et al.* Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial // *JAMA*. 2015. Vol. 314. № 5. P. 456–465. DOI: 10.1001/jama.2015.8361
13. *Possemato K., Bergen-Cico D., Treatman S., et al.* A randomized clinical trial of primary care brief mindfulness training for veterans with PTSD // *Journal of Clinical Psychology*. 2016. Vol. 72. № 3. P. 179–193. DOI: 10.1002/jclp.22241
14. World Health Organization. Post-traumatic stress disorder // WHO. Fact Sheets. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> (дата обращения: 11.06.2025).

**APPLICATION OF MINDFULNESS PRACTICES IN THE TREATMENT
OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER
(based on materials from international studies)**

© **Ilya K. Kiyanenko**

Postgraduate Student, Research Intern at the Scientific and Educational Laboratory of Salutogenic Environment Psychology, National Research University Higher School of Economics,
Moscow, Russian Federation,
kiyanenko.i.k@hse.ru

The article discusses the use of mindfulness practices in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). It provides an overview of foreign studies on the effectiveness of mindfulness-based programs, such as MBSR, TI-MBSR, and MBCT, in working with combat veterans. It describes the mechanisms by which mindfulness practices affect key symptoms of PTSD: avoidance, hyperarousal, intrusions, dissociation, and emotional numbness. It is noted that mindfulness practices are integrated into a three-phase model of trauma therapy, promoting stabilization, working with traumatic material, and consolidating changes. Despite the limited research on individual aspects, MBI interventions are considered an effective and accessible addition to existing PTSD treatment methods, especially for patients who have difficulty using traditional approaches.

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychotherapy, mindfulness, mindfulness-based interventions (MBI)

REFERENCES

1. Adams S. W., Bowler R. M., Russell K., et al. (2019). PTSD and comorbid depression: Social support and self-efficacy in World Trade Center tower survivors 14–15 years after 9/11 // *Psychological Trauma*. Vol. 11. № 2. P. 156–164. DOI: 10.1037/tra0000404
2. Boyd J. E., Lanius R. A., McKinnon M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence // *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. Vol. 43. № 1. P. 7–25. DOI: 10.1503/jpn.170021
3. Bremner J. D., Mishra S., Campanella C., et al. (2017). A Pilot Study of the Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Brain Response to Traumatic Reminders of Combat in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder // *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 8. Art. 157. DOI: 10.3389/fpsyt.2017.00157
4. Bryant R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges // *World Psychiatry*. Vol. 18. № 3. P. 259–269. DOI: 10.1002/wps.20656
5. Davis L. L., Whetsell C., Hamner M. B., et al. (2019). A Multisite Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder // *Psychiatric Research and Clinical Practice*. Vol. 1. № 2. P. 39–48. DOI: 10.1176/appi.prp.20180002
6. Herman J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
7. Hoppen T. H., Morina N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers // *European Journal of Psychotraumatology*. Vol. 10. № 1. P. 1–12. DOI: 10.1080/20008198.2019.1578637
8. Kabat-Zinn J. (2009). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Random House Publishing Group.
9. Kelly A., Garland E. L. (2016). Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT // *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 72. № 4. P. 311–328. DOI: 10.1002/jclp.22273
10. King A. P., Erickson T. M., Giardino N. D., et al. (2013). A Pilot Study Of Group Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) For Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) // *Depression and Anxiety*. Vol. 30. P. 638–645. DOI: 10.1002/da.22104
11. Li W. W., Nannestad J., Leow T., Heward C. (2024). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression, PTSD, and mindfulness among military veterans: A systematic review and meta-analysis // *Health Psychology Open*. Vol. 11. P. 1–17. DOI: 10.1177/20551029241302969
12. Polusny M. A., Erbes C. R., Thuras P., et al. (2015). Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: a randomized clinical trial // *JAMA*. Vol. 314. № 5. P. 456–465. DOI: 10.1001/jama.2015.8361
13. Possemato K., Bergen-Cico D., Treatman S., et al. (2016). A randomized clinical trial of primary care brief mindfulness training for veterans with PTSD // *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 72. № 3. P. 179–193. DOI: 10.1002/jclp.22241
14. World Health Organization. Post-traumatic stress disorder // WHO. Fact Sheets. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder> (дата обращения: 11.06.2025).