

ОБ АВТОРАХ

Джудит А. Коэн, доктор медицины, профессиональный психиатр, специализируется на работе с детьми и подростками. Медицинский директор Центра борьбы с травмирующим стрессом у детей и подростков при Общем госпитале Аллегейни в Питтсбурге, Пенсильвания, преподаватель психиатрии в Медицинском колледже университета Дрексел. С 1983 года занимается исследованиями в области обследования и лечения детей, перенесших психическую травму. Вместе с Энтони П. Маннарино и Эстер Деблингер разработала и протестировала подход, сфокусированный на травме, в когнитивно-поведенческой терапии при работе с детьми и не участвовавшими в их травматизации родителями. Была одним из председателей Американского профессионального общества по защите детей от жестокого обращения (American Professional Society on the Abuse of Children, APSAC) и Международного общества по изучению травматического стресса (International Society for Traumatic Stress Studies, ISTSS). Лауреат премии им. Сары Хейли за выдающиеся достижения в области медицины от ISTSS, премии за выдающиеся профессиональные достижения от APSAC и премии Ригера за научный вклад от Американской академии детской и подростковой психиатрии (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP). Соавтор выпущенных ISTSS терапевтических рекомендаций по работе с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), основной автор практических стандартов AACAP терапии ПТСР у детей и подростков. Консультирует по вопросам терапии травматического стресса у детей в некоммерческой организации Sesame Workshop и по программе помощи выжившим после трагедии (Tragedy Assistance Program for Survivors).

Энтони П. Маннарино, PhD, руководитель Центра борьбы с травмирующим стрессом у детей и подростков, заместитель главы психиатрического отделения Общего госпиталя Аллегейни, преподаватель психиатрии в Медицинском колледже университета Дрексел. С 1980-х гг. один из ведущих специалистов в области травматического стресса у детей, провел обширные исследования по клиническому течению симптомов травматического стресса у детей и по разработке эффективных подходов к лечению детей с травматическим опытом и их родственников. Обладатель нескольких наград, в том числе премии «Статья года» от журнала Child Maltreatment, издаваемого APSAC (Американским профессиональным обществом по защите детей от жестокого обращения), а также премии «Наследие» Психологической ассоциации г. Питтсбурга. Возглавлял APSAC и отдел по вопросам жестокого обращения с детьми Общества по вопросам политики и практики взаимодействия с семьей и детьми Американской психологической ассоциации, ведет активную клиническую практику.

Эстер Деблингер, PhD, преподаватель психиатрии в школе остеопатической медицины в Роуэнском университете в Стратфорде, Нью-Джерси, соучредитель и содиректор института CARES (образование и работа в области исследований жестокого обращения с детьми). Проводила обширные исследования по изучению влияния жестокого обращения с детьми на психическое здоровье, лечения посттравматического стрессового расстройства и других проблем, связанных с жестоким обращением. Автор многочисленных научных статей, соавтор книг в области профессиональной и детской образовательной литературы. Часто выступает с докладами на конференциях местного, национального и международного уровня, входила в правление Американского профессионального общества по защите детей от жестокого обращения. Обладательница нескольких наград, в том числе премии APSAC за выдающиеся достижения в научной карьере и премии Розенберри от детской больницы Колорадо. Помимо административной, исследовательской и преподавательской деятельности, ведет активную клиническую практику и осуществляет супервизию.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Эта книга появилась в результате пересмотра и дополнения предыдущего издания [48], в котором мы описывали использование когнитивно-поведенческой терапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ¹), при работе с детьми с травматическим стрессом, в том числе с детской травмой утраты. В ней нашли отражение наши собственные результаты и более ранние базовые выводы, сделанные Эдной Фоа и другими специалистами. Также обновленное издание содержит итоги недавних исследований в области ТФ-КПТ не связанной с нами группы ученых и плоды наших постоянных совместных усилий по распространению и внедрению ТФ-КПТ в сообществе практикующих психологов в США и за рубежом.

За последние 20 лет нам удалось получить от Национального института психиатрии финансирование нескольких исследований эффективности терапии и одного по внедрению и распространению подхода в наших центрах: в Центре борьбы с травмирующим стрессом у детей и подростков при Общем госпитале Аллегейни и в Институте образования и работы в области изучения жестокого обращения с детьми (Child Abuse Research Education and Service, CARES). Исследования с участием более 400 детей и их родителей проводились параллельно в этих двух центрах. Мы подтвердили эффективность когни-

¹ Правильнее было бы называть этот подход — когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на работе с травмой, однако в России устоялась более краткая форма — когнитивно-поведенческая терапия, сфокусированная на травме, и травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (ТФ-КПТ). В русскоязычном пространстве еще можно встретить название травма-ориентированная когнитивно-поведенческая терапия (ТО-КПТ). Мы будем придерживаться более устоявшегося термина — ТФ-КПТ.

тивно-поведенческой терапии, сфокусированной на травме, в работе с детьми со множественными психологическими травмами [36] и обнаружили, что ТФ-КПТ позволяет добиться особенно заметных результатов при работе с детьми, на момент начала терапии имеющими более высокий уровень симптомов депрессии [36].

Дополнительное рандомизированное исследование показало, что применение ТФ-КПТ в общественных учреждениях приводит к более заметным улучшениям при работе с детьми по сравнению с привычными терапевтическими методами, даже при очень краткосрочной (например, восемь сессий) терапии [50]. Весьма перспективной оказалась и разработанная нами модель детской травмы утраты [54, 58]. Другие группы исследователей подтвердили и дополнили эти результаты. Вот некоторые из них. ТФ-КПТ заметно облегчает симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии и улучшает общее психическое состояние у неоднократно травмированных молодых людей, проходивших лечение в государственных клиниках Норвегии [115]. При ТФ-КПТ значительно, по сравнению с контрольной группой, улучшается состояние при посттравматическом расстройстве, депрессии, тревоге, дезадаптивных установках, расстройстве адаптации и поведенческих проблемах среди неоднократно травмированных молодых людей в Германии, в том числе с комплексной травмой [99]. Существенно, по сравнению с контрольной группой, улучшается состояние при ПТСР, депрессии, тревоге и поведенческих проблемах у конголезских девочек с комплексными травмами, подвергавшихся коммерческой сексуализированной эксплуатации [163]. Учитывая значимость полученных результатов, мы считаем, что сейчас крайне важно распространять модель ТФ-КПТ среди практикующих терапевтов, поскольку именно они с наибольшей вероятностью сумеют помочь травмированным детям.

После событий 11 сентября 2001 года и создания Управлением службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA) Национального общества по вопросам детского травматического стресса (NCTSN; www.nctsn.org) количество терапевтов, желающих обучиться ТФ-КПТ, выросло

в разы. Их обучение принесло пользу не только им, но и нам. Изучавшие принципы ТФ-КПТ терапевты говорили нам, как лучше применить подход на практике в региональных учреждениях, особенно при работе с детьми из разных социальных слоев и/или с тяжелой клинической картиной и сложной ситуацией в семье. Мы постарались полностью отразить эти сообщения в своей книге и благодарим всех врачей, поделившихся с нами своим опытом и наблюдениями.

Мы считаем, что успешному распространению и растущему практическому применению ТФ-КПТ способствовали несколько факторов. Во-первых, мощная существующая и продолжающаяся расти эмпирическая база существенно влияет на отношение к подходу руководителей учреждений и фондов, страховых компаний, частных терапевтов, а главное, родителей и детей. Знание о том, что этот подход ощутимо полезен большинству детей, зачастую помогает детям и их родителям решиться на терапию. Мы разработали стандарты для исследований ТФ-КПТ, включая требования к определению и мониторингу соответствия модели ТФ-КПТ.

Во-вторых, в 2003 году Национальный центр исследования и лечения жертв преступлений Медицинского университета Южной Каролины (MUSC) выбрал ТФ-КПТ в качестве основы для разработки своей первого онлайн-курса по изучению травм. В сотрудничестве с нами MUSC разработал дистанционный образовательный курс по ТФ-КПТ, *TF-CBTWeb*¹.

В-третьих, мы разработали и стандартизировали три программы обучения ведущих тренингов, консультантов и супервайзеров в ТФ-КПТ. Благодаря этим программам нам удалось сформировать внутри страны и за рубежом сообщество профессиональных преподавателей, организационных консультантов и супервизоров от учреждений в области ТФ-КПТ, которые способствуют распространению и использованию этого терапевтического подхода. Мы постоянно поддерживаем контакт со всеми выпускниками, информируем их о результатах исследований и методах обучения, а также следим за соответствием

¹ URL: <https://tfcbt2.musc.edu>.

лечебному протоколу, поскольку его все чаще внедряют в практику и в США, и в других странах.

Наконец, в ответ на запрос терапевтов, лечащих учреждений и государственных органов мы разработали национальную программу сертификации терапевтов в области ТФ-КПТ¹. Она необязательна, но многие терапевты хотят получить документальное подтверждение пройденного обучения и знакомства с соответствующими рекомендациями.

До недавних пор многие терапевты относились к лечебным руководствам скептически — возможно, они ассоциировались у них с догматичным и однотипным подходом к терапии. Однако, особенно после того, как SAMHSA включило ТФ-КПТ в перечень стандартных программ по работе с травмой у детей и по предупреждению химических зависимостей², на нас хлынул поток запросов на руководство по ТФ-КПТ, что привело к публикации первого издания этой книги. Опыт терапевтического сообщества, сформировавшийся в ходе обучения и консультирования, и результаты позднейших исследований способствовали подготовке обновленного издания.

Мы добавили главу с описанием всех исследований ТФ-КПТ, проведенных после публикации этой книги. Кроме того, поскольку в ходе трех исследований была доказана клиническая эффективность групповой ТФ-КПТ, в том числе для молодых людей с комплексными проявлениями травмы [151, 163, 165], мы включили главу с описанием применения ТФ-КПТ в групповой терапии. В связи с выходом новой номенклатуры DSM-5 и ее изменений в части ПТСР и травмы утраты мы обновили главу о диагностике. Мы значительно расширили раздел о влиянии травмы и о том, как, на наш взгляд, следует применять ТФ-КПТ в работе с молодыми людьми с комплексными травмами и сложной клинической картиной. Например, мы описали, как можно скорректировать этапы терапии при работе с детьми с тяжелыми поведенческими и/или аффективными расстройствами, возникшими в результате комплексной травмы [53].

¹ URL: <https://tfcbt.org>.

² URL: <https://www.samhsa.gov/programs>.

Мы также учли недавние исследования, показавшие, что стандартное применение ТФ-КПТ без существенной корректировки продолжительности лечения в целом или соотношения его фаз оказывается достаточным для многих детей со сложной историей и/или картиной клинических проявлений [например, 188]. Разделы о травме утраты были расширены с учетом новых сложностей и неопределенностей в контексте критериев DSM-5, касающихся плохой адаптации к тяжелой утрате.

Во втором издании, как и в первом, три раздела: первая часть знакомит читателей с моделью ТФ-КПТ, во второй и третьей описаны компоненты модели, сфокусированные на работе с травмой и с утратой соответственно. (Тем не менее, и об этом упоминается в книге, на практике при терапии травмы утраты эти компоненты терапевтической модели нередко пересекаются). В книге не раз использован говорящий акроним, за которым скрывается описание компонентов ТФ-КПТ: PRACTICE. Каждый из компонентов терапии по модели PRACTICE¹ и терапии травмы утраты применяется в работе как с ребенком, так и с родителями, в нем учитываются культурные особенности, особенности развития и подхода к решению проблемных ситуаций в семье. Заканчивается книга кратким разделом, посвященным обзору и завершению терапии, и приложениями: приложение 1 содержит полезные материалы и памятки для семей, приложение 2 — список источников для детей, родителей и терапевтов, приложение 3 — вспомогательную информацию для терапевтов, приложение 4 — информацию об исследованиях эффективности ТФ-КПТ.

Надеемся, что новое издание книги окажется полезным для терапевтов, изучающих этот терапевтический подход. Вне зависимости от применяемого подхода к лечению недостаточно просто прочесть книгу о том, как он устроен. Для того чтобы по-настоящему понять, что такое ТФ-КПТ, его нужно применять на практике при работе с травмированными детьми. Разностороннее изучение данной терапевтической модели и применение ее на практике при консультативной поддержке опытного

¹ The PRACTICE — *англ. «практика».* — *Прим. ред.*

врача — лучший способ узнать, насколько этот подход эффективен при проработке травмы и утраты у детей и подростков. Будем рады вашим вопросам, комментариям и отзывам о модели ТФ-КПТ, которые, несомненно, помогут нам в работе над будущими изданиями книги.

БЛАГОДАРНОСТИ

В течение нескольких лет работы над этой книгой своим опытом и наблюдениями нам помогали наши друзья и коллеги — профессионалы в разных областях. Ведению работы во многом способствовала благоприятная атмосфера Общего госпиталя Аллегейни и института CARES, где мы работаем. Кроме того, наши усилия по разработке терапевтической модели были бы невозможны без той поддержки и помощи, которую оказывали нам наши коллеги в обоих учреждениях. Особенно ценными догадками и предложениями с нами поделились терапевты и супервизоры, применявшие ТФ-КПТ в наших клиниках и исследованиях, и мы не устаем благодарить их за их ценнейший вклад.

Мы благодарим фонды, поддержавшие наши разработки и исследования: Национальный центр жестокого обращения с детьми и безнадзорности (NCCAN, ныне Офис по вопросам жестокого обращения с детьми и безнадзорности, OCAN), Национальный институт психического здоровья (NIMH), Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств (SAMHSA), Еврейский фонд здравоохранения Питтсбурга, фонд «Стаунтон фарм» в Питтсбурге, фонд университета медицины и стоматологии Нью-Джерси, фонд им. Роберта Вуда Джонсона и фонд Роуэн.

Мы благодарим своих коллег из Национального общества по вопросам детского травматического стресса (NCTSN) и сотрудников SAMHSA за все те программы по работе с травмой в США, которые существуют благодаря финансовой поддержке этого учреждения. Также мы благодарим других специалистов по вопросам жестокого обращения с детьми и детских травм, которые в ходе пересмотра книги постоянно вносили конструктивные предложения, чтобы книга в большей степени

отвечала потребностям терапевтов в государственных учреждениях, работающих с травмированными детьми. Едва ли возможно поименно перечислить всех друзей и коллег, оказавших нам помощь; с кем-то из них мы знакомы уже тридцать лет, а с кем-то познакомились не так давно. При разработке и тестировании ТФ-КПТ нам помогли их неизменная профессиональная и личная поддержка и одобрение. Выражаем отдельную благодарность коллегам из Национального центра исследований и лечения жертв преступлений Медицинского университета Южной Каролины, поделившимся с нами ценными наблюдениями о роли социокультурного контекста при применении этой модели и разработавшим описанный выше онлайн-курс.

Разработка, уточнение и проверка на практике компонентов терапии травмы утраты у детей осуществлялись, в том числе, при поддержке Комитета по травме утраты у детей Национального общества по вопросам детского травматического стресса. Наши коллеги из Центра борьбы с травмирующим стрессом у детей и подростков при Общем госпитале Аллегейни Тамра Гринберг, Сьюзан Падло, Кэрри Сислоу и Карен Стубенборт особенно помогли нам на ранних этапах разработки концепции компонентов травмы утраты у детей, и мы благодарны им за этот важный вклад.

Мы очень признательны своим родным за их терпение, любовь и заботу.

Наконец, мы благодарим всех детей и родителей, которые доверились нам в очень непростой для них жизненный период. Нам повезло у них учиться. Благодаря им мы еще раз убедились в том, насколько важна связь между детьми и родителями и какой целительной силой она обладает.

Мы посвящаем эту книгу всем детям, с которыми мы работали, а также нашим детям и внукам.

ЧАСТЬ I

**КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ,
СФОКУСИРОВАННАЯ
НА ТРАВМЕ**

**Обзор
и теоретическая
основа**

ГЛАВА 1

ВЛИЯНИЕ ТРАВМЫ И УТРАТЫ НА РЕБЕНКА И СЕМЬЮ

Что такое детская травма?

Многие дети¹ по мере взросления переживают стрессовые события. Они сталкиваются со сложными, потенциально трудными, болезненными и стрессовыми ситуациями, такими как развод родителей или смерть любимого взрослого родственника. Тем не менее эти переживания обычно не считаются травмирующими, поскольку травмирующее событие — по определению иное.

В пятом издании «Диагностического и статистического руководства по психическим болезням» (DSM-5) [9] было пересмотрено определение событий, классифицируемых как «травмирующие» (то есть могущие привести к характерным для травмы диагнозам, например, посттравматическому стрессовому расстройству). Теперь в него включается то, что ребенок непосредственно переживает, видит или узнает, что связано с фактом или угрозой смерти, серьезными травмами или сексуализированным насилием [9, с. 271].

В неполный перечень вариантов травмирующих событий входят:

- физическое, эмоциональное или сексуализированное насилие над ребенком, регулярное оставление ребенка без присмотра;

¹ В книге термин «дети» используется для обозначения детей и подростков, а «родитель» — для обозначения невиновного в травме родителя (родителей) или основного опекуна (опекунов), участвующего в терапии вместе с ребенком, при этом указанный взрослый зачастую может не являться биологическим родителем ребенка.

- ситуации, когда ребенок оказывается свидетелем или прямой жертвой домашнего, уличного или школьного насилия;
- серьезные дорожно-транспортные происшествия и/или другие несчастные случаи;
- природные и антропогенные катастрофы;
- насильственная или внезапная смерть одного из родителей, брата или сестры либо иной фигуры привязанности;
- вовлечение в военные или террористические события, пребывание в статусе беженца;
- множественные или комплексные травмы.

Сейчас ведется оживленная дискуссия о том, не понимается ли детская травма в DSM слишком узко — и в плане классификации потенциально травмирующего опыта, и в отношении характера травм. Существует мнение, что необходимо пересмотреть обе концепции и выработать новую систему диагностики [24].

Многим детям, получившим подобный опыт, хватает запаса психологической прочности, и устойчивые признаки травмы у них не появляются. Вероятность возникновения у ребенка психологических трудностей зависит от нескольких факторов, в том числе от уровня развития, врожденной или приобретенной психологической устойчивости и наличия поддержки извне. Реакция ребенка на травмирующее событие обусловлена возрастом и уровнем развития. Так, при кратковременной травме маленькие дети, по всей видимости, в большей степени зависят от реакции на нее родителей, чем дети более старшего возраста (вне зависимости от силы травмирующего события). Если родители успешно справляются сами и способны оказать поддержку ребенку, то у него, скорее всего, не возникнет серьезных или длительных симптомов травмы [135]. Однако если речь идет о раннем длительном негативном опыте в межличностном общении, то чем младше ребенок, тем более серьезные травматические симптомы у него могут проявиться. У маленьких детей еще не развиты способности к анализу и саморегуляции, они не понимают, когда человек, который должен их защищать, не в состоянии это сделать либо даже сам совершает насилие [139, с. 22–24]. Таким образом, в зависимости от характера травми-

рующих обстоятельств малый возраст может быть и преимуществом, и отягчающим фактором.

Также к подтвержденным факторам, существенно влияющим на развитие травматической реакции у детей, относятся объем и качество эмоциональной поддержки, которую они получают на фоне травмы. В ходе двух исследований результатов когнитивно-поведенческой терапии, сфокусированной на травме (ТФ-КПТ) [41, 44–46], было установлено, что родительская поддержка во многом является залогом психического здоровья детей. Лечащие специалисты тоже имеют возможность изучать и моделировать родительскую поддержку.

Родители могут поддерживать столкнувшегося с травмой ребенка различными способами:

- заверять ребенка в том, что всегда будут рядом и смогут защитить его;
- выказывать любовь и поддержку;
- выражать уверенность, что все наладится;
- учить ребенка способам эмоциональной и поведенческой саморегуляции;
- показывать ребенку, что верят в него.

Сходные (а порой те же самые) стрессогенные ситуации могут очень по-разному влиять на детей в зависимости от их врожденной психологической устойчивости, усвоенных механизмов преодоления трудностей, внешних источников физической, эмоциональной и социальной поддержки. Даже те стрессогенные факторы, которые единогласно признаются травмирующими (например, когда человек стал жертвой изнасилования или свидетелем убийства), одни дети переживают легче, чем другие.

Эту разницу хорошо иллюстрируют совершенно непохожие картины переживаний двух 13-летних девочек, изнасилованных преступниками, с которыми они познакомились онлайн. В обоих случаях девочка считала, что идет в спокойное место на первое оффлайн-свидание с 15-летним мальчиком; в обоих случаях на деле девочка столкнулась с мужчиной гораздо более старшего возраста, который силой усадил ее в машину, отвез в безлюдное место и жестоко изнасиловал, оскорбляя и обвиняя

в происходящем ее саму. Обе девочки через несколько месяцев рассказали об изнасиловании родителям. Родители поверили дочерям, поддержали их и обратились за помощью. Ни одной из девочек раньше не ставили психиатрический диагноз. У одной девочки проявились умеренные симптомы ПТСР. Другая страдала от сильнейших проявлений ПТСР и депрессии, занималась самоповреждением (резала себя), употребляла психоактивные вещества и прогуливала школу, у нее возникли проблемы с гендерной идентичностью. Первая девочка считала, что изнасилование произошло по вине насильника. Вторая девочка верила, что ее изнасиловали, потому что она «тупая и никчемная, как он [преступник] и сказал». Такие значимые различия в установках связаны с принципиально разными типами преодолевающего поведения (и, возможно, с врожденной психологической устойчивостью, обусловленной генетическими или иными факторами) и с особенностями терапевтического вмешательства в одном и другом случае.

Нередко наблюдается заметная разница в реакциях на одни и те же травмы даже при переживании одних и тех же ужасных событий родными братьями и/или сестрами в одной и той же семье.

Так, в одной ситуации 10-летний мальчик и 13-летняя девочка регулярно оставались без присмотра матери, которая была наркозависимой. Однажды ее несколько дней не было дома, а затем дети нашли ее тело в прихожей. По-видимому, она скончалась от передозировки. У мальчика развились сильнейшие симптомы ПТСР, а у его сестры не наблюдалось никаких признаков ПТСР или горя по поводу смерти матери, она лишь злилась на мать, и у нее были проблемы с поведением.

В другой ситуации, связанной с длительным бытовым насилием, отец застрелил мать на глазах у детей, убил младшего сына, а затем покончил с собой. Все оставшиеся в живых дети были свидетелями этого. Однако они очень по-разному отреагировали на произошедшее. У 7-летней девочки развились сильные симптомы ПТСР. У 14-летнего мальчика отсутствовали явные признаки ПТСР или депрессии, но у него возникли серьезные проблемы с агрессией, требовавшие пребывания в стационаре.

У 12-летней девочки проявились только умеренные симптомы депрессии, она сосредоточилась на заботе о младшей сестре. Очевидно, что такая разница в реакциях определяется многими причинами, но суть в том, что переживание травмы зависит не только от силы травмирующего события, но и от индивидуальной реакции на него ребенка.

Разброс в реакциях связан с особенностями восприятия ребенком травмирующих событий и их осмысления по отношению к себе, с наличием семейной и иной поддержки, с преодолением вызванного событиями психологического и физиологического стресса и с интеграцией этих событий в более широкое самоощущение. В частности, когда дети переживают травмы межличностного общения (к ним относят, например, жестокое обращение, насилие в семье, трагическую смерть), у них не только развиваются «типичные» реакции ПТСР, такие как сильный навязчивый страх, дезадаптивные убеждения или повышенная возбудимость. Зачастую им очень нелегко дается потеря основной фигуры привязанности и определенной роли в семье. Дети нередко говорят о том, что труднее и болезненнее всего справляться с последующими изменениями.

Одну девочку-подростка мать фактически забросила, а наркотики матери принуждали ее к проституции с целью получения прибыли. Девочка заботилась о младших братьях и сестрах и ради этого часто прогуливала уроки и недоедала. После того как учителя сообщили о прогулах, служба защиты детей изучила дело и забрала детей у матери. Старшая сестра и младшие дети попали в разные приемные семьи. Вскоре после этого мать скончалась от передозировки героина. В начале лечения девочка сказала, что «хуже всего» для нее то, что ее забрали у матери и разлучили с младшими. Она обвинила службу защиты детей в смерти матери, ведь они увезли детей из дома и лишили ее возможности «присматривать за мамой». Она постоянно беспокоилась о младших детях и ужасно злилась на «систему» за то, что ее семью разрушили. У нее были симптомы ПТСР, связанные с сексуализированным насилием и безнадзорностью, но важнее всего оказалось проработать симптомы, возникшие на фоне разлуки с младшими детьми и потери роли их защит-

ницы. Такая реакция была вполне объяснима в контексте ее восприятия того, что помогало выжить ее семье.

Предлагаемая нами терапевтическая модель, как и любая другая, не универсальна. Она подходит не всем детям, пережившим травмирующий опыт, а только тем, у кого возникли связанные с травмой эмоциональные или поведенческие проблемы («травматические реакции»), работа с которыми является мишенью ТФ-КПТ.

Эти реакции на травму часто, но не всегда, соответствуют симптомам ПТСР. Даже в отсутствие всех диагностических критериев ПТСР ТФ-КПТ может помочь ребенку. У некоторых детей могут почти не наблюдаться классические симптомы ПТСР, но возникать иные травматические реакции. В следующем разделе и, в частности, в следующей главе описано, что реакция детей на травму может включать аффективную, поведенческую, физиологическую, когнитивную дисрегуляцию, нарушение межличностных отношений, привязанности и/или восприятия. ТФ-КПТ приносит пользу детям с широким спектром симптомов. При этом не каждый поведенческий или эмоциональный симптом обязательно связан с пережитой ребенком травмой. Эффективность ТФ-КПТ зависит от того, насколько тщательно и профессионально была проведена первичная диагностика и определена формулировка кейса. Этот процесс подробно описан в следующей главе.

Кроме того, модель ТФ-КПТ можно адаптировать под нужды конкретного ребенка. Например, ребенку с комплексной травмой может потребоваться больше терапевтических сессий (до 25), что изменит соотношение этапов ТФ-КПТ по сравнению с описанным; в начале терапии больше времени уйдет на выработку базовых навыков стабилизации и возвращение чувства безопасности [53].

Также далее будет подробно описан процесс применения ТФ-КПТ у детей, столкнувшихся с травмой утраты. В нашем понимании травма утраты у детей проявляется в возникновении отчетливых и ярко выраженных симптомов травмы после смерти родителя, брата или сестры либо другой значимой фигуры привязанности, которые наблюдаются наряду с обыч-

ными реакциями горевания, что приводит к сопутствующей травме и дезадаптивным реакциям горевания. По-прежнему ведутся споры о том, как лучше всего определять, описывать и диагностировать травматические, сложные или дезадаптивные реакции на горе в процессе развития. Самый свежий пример — включение в классификацию DSM-5 стойкой осложненной реакции утраты в качестве «объекта для дальнейшего изучения» [9, с. 789]. Вне зависимости от того, какой статус эти вопросы получают в будущем, для улучшения психического здоровья детям необходимо эффективное терапевтическое вмешательство, особенно если симптомы не проходят в течение нескольких месяцев или даже лет после смерти значимой фигуры привязанности. Наш терапевтический подход к травме утраты последовательно объединяет компоненты работы с травмой и утратой таким образом, что как только ослабевают симптомы травмы, терапевт помогает ребенку и родителю вернуться к более естественному процессу горевания. Компоненты терапии, сфокусированной на травме, описаны в части II этой книги, а компоненты терапии, сфокусированной на работе с горем и утратой, — в части III.

Признаки травмы

Мы используем термин *признаки (или симптомы) травмы* для обозначения аффективных, поведенческих, когнитивных, физических, межличностных затруднений, непосредственно соотносящихся с травматическим опытом. Зачастую, но не всегда, эти признаки соответствуют симптомам ПТСР, однако в их число также входит множество других симптоматических проявлений, преимущественно связанных с депрессией, тревогой, проблемами с поведением и/или употреблением психоактивных веществ. У детей в результате полученного травматического опыта может значительно меняться восприятие самих себя, мира и/или других людей. Эти изменения отражаются на их установках и эмоциональных реакциях; и то, и другое зафиксировано в последней версии DSM-5 в раз-

Конец ознакомительного фрагмента.

Приобрести книгу можно

в интернет-магазине

«Электронный универс»

e-Univers.ru