

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЕТСКОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ: РОЛЬ НЕГАТИВНЫХ КОГНИЦИЙ

Судиловская Ирина Анатольевна

аспирант, Московский государственный
психолого-педагогический университет, Россия
7720632@mail.ru

CURRENT PSYCHOLOGICAL APPROACHES TO THE CONSEQUENCES OF CHILDHOOD TRAUMA: THE ROLE OF NEGATIVE COGNITION

I. Sudilovskaya

Summary: This article contains a brief overview of some evidence based psychotherapeutic approaches that are recommended as the first lines of therapeutic intervention for post-traumatic stress disorder - a disorder diagnostically associated with a delayed, non-specific response to trauma. The article also highlights the role of negative cognitions as one of the central lines of work with trauma in the selected methods of therapy, identifies the main features of the organization and conduct of psychotherapy, and also outlines non-specific symptoms and complaints of people with childhood trauma history, as an additional opportunity to identify its possible delayed consequences, latent and chronic forms of post-traumatic disorders, often not associated with the actual severe status and current disadaptation.

Keywords: psychotherapy, posttraumatic stress disorders, psychic trauma, psychotherapeutic approaches, psychotherapeutic strategies.

Аннотация: В данном кратком обзоре литературы рассмотрены основные подходы терапевтического вмешательства при посттравматическом стрессовом расстройстве – нарушении, диагностически связанным с отсроченной, неспецифической реакцией на травму. В статье сделан акцент на роль негативных когниций, как одной из центральных линий работы с травмой в терапевтических подходах, имеющих доказательную базу эффективности и выделенных как первые линии терапии при посттравматических нарушениях. А также обозначены некоторые особенности организации и проведения психотерапии, неспецифические симптомы и жалобы при обращении за помощью людьми, имеющими в анамнезе детскую травматизацию, как дополнительную возможность выявления ее отдаленных последствий, латентных и хронических форм течения посттравматических нарушений, зачастую не связываемых с актуальным тяжелым состоянием или той или иной формой социальной дизадаптации в настоящем.

Ключевые слова: психотерапия, посттравматическое стрессовое расстройство, психическая травма, психотерапевтические методы, терапевтическая работа, стратегии терапии.

Поиск возможных индивидуальных ресурсов для преодоления причин и факторов, препятствующих психоциальной адаптации и достижению вершин в развитии личности, является одной из главных задач психологической помощи. Однако большой разброс данных о возможном присутствии психопатологической симптоматики в отдаленном посттравматическом периоде и отсутствие единого подхода к их психокоррекции остается определенным вызовом для практического психолога. Большинство психологических концепций, на которых основана психотерапевтическая практика, выделяют неблагоприятный детский опыт: жестокое обращение, различного рода насилие, депривация в надлежащей заботе, проживание в неблагоприятных социально-экономических условиях, войны, стихийные бедствия, тяжелые болезни и т.д., как один из центральных факторов различного рода личностных нарушений во взрослом возрасте [2;4;5;8;9;16]. Нарушение нормального функционирования психики, вызванное событием/ями, субъективно воспринимаемых индивидом как мнимая или реальная угроза жизни и целостности или, другими словами, психологическая травма может проявиться спустя многие годы в виде эмоционального отклика

страха, ужаса, беспомощности перед жизнью. Степень устойчивости психики к стрессогенному воздействию обусловлена множеством факторов: возраст, физическое и психологическое состояние индивида, характер, сила и длительность воздействия стрессора, наличие социальной поддержки до и после событий. Недостаточность физических, интеллектуальных, эмоциональных и личностных ресурсов ребенка создают условия для повышенной уязвимости детской психики. С одной стороны, высокая пластичность психики ребенка позволяет сравнительно быстро преодолевать острые стрессовые ситуации, а с другой, увеличивает вероятность хронической травматизации [2]. Пролонгированное нарушение качества и содержания отношений со значимыми взрослыми в процессе развития ребенка: существенный дисбаланс в удовлетворении потребности в заботе или психологической автономии, отсутствие поддержки и возможности выразить болезненные переживания и т.д., могут создавать предпосылки для развития серьезных структурных изменений личности [4;6]. Современные данные свидетельствуют факты наличия у 22 - 44% людей, имеющих в опыте детства психологическую травму (далее ДТ), психопатологических симптомов в той или

иной степени на протяжении всей последующей жизни [13]. Доказано, что ДТ могут быть связаны с большим количеством долгосрочных последствий в виде устойчивых негативных изменений «Я»-концепции, картины мира в сторону небезопасности и враждебности; высокого риска ревиктимизации [2;4;6;14]; различной форме психопатологии, включая аффективные, пограничные, диссоциативные, депрессивные, пограничные, обсессивно-компульсивные расстройства, фобии, нарушения поведения (криминальное, агрессивное, аутодеструктивное); низкого уровня социоэкономической адаптации, характерного для всех нарушений [2;6;9;11;13;14;16]. При этом посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) выделяется как крайняя форма отсроченной неспецифической реакции, непосредственно вызванной воздействием травмы [7]. Известно, что неправильные типы воспитания в детстве, например, гипер опека или эмоциональное отвержение являются достаточно распространенными причинами развития ПТСР, а такой показатель социального неблагополучия как суицидальное поведение чаще отмечено среди лиц, имеющих это нарушение [11;13;14]. Люди, подверженные насилию в детстве, более склонны к антисоциальным расстройствам личности и различным аддикциям, в то время как у переживших сексуальное насилие в детстве, отмечается большее количество попыток самоубийства и глубокой депрессии во взрослом возрасте [11;15;18]. Данные о превалировании ПТСР в течении жизни составляют примерно 8%-10% от всей популяции взрослого населения, пережившего ДТ, в свою очередь у 30% из них, ПТСР протекать хронически, с симптомами стойкого изменения личности [13;18]. Процесс хронизации непрожитого детского травматического опыта индивидуален, что обуславливает сложный, динамичный и неоднозначный характер воздействия травмы, однако можно констатировать, что все сферы адаптационного потенциала личности в той или иной степени оказываются затронутыми.

Американская классификация психических расстройств упоминает травму как часть определения ПТСР [18]. Это значит, что для получения такого диагноза, специалист должен подтвердить, что человек пережил травматическое событие, а сами нарушения должны включать симптомы повторного переживания травматического события, избегание напоминаний о них, повышенную возбудимость и реактивность, а также изменения в когнитивной и аффективной сферах [7]. В настоящее время, в международной классификации болезней (МКБ), введен еще один диагноз, непосредственно вызванный воздействием травмы, - комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) [12;18]. В данном случае травма чаще имеет место в детстве или имеет хронический характер. Помимо специфических симптомов ПТСР для постановки диагноза КПТСР были добавлены симптомы, связанные с нарушениями в самоорганизации: дисрегуляция, негативная самооцен-

ка, нарушения в отношениях. Обнаружено, что особенно значимым в диагностировании КПТСР является выявление негативных когниций в отношении себя, часто сопровождаемых тревогой, связанной со сложностями в области привязанности и с подавлением экспрессивных эмоциональных проявлений [12].

Подверженность одному травмирующему событию усиливает риск повторной травматизации, а переживания и накопление травматического опыта в течении жизни повышает эмоциональную уязвимость человека к любому негативному воздействию стрессоров, в том числе из-за работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, отвечающей за эмоциональную сферу. Сегодня в научной литературе достоверно описаны структурные изменения головного мозга у пациентов с ПТСР, а именно: обнаружено уменьшение объема гиппокампа, вызванного длительным воздействием кортизола, что в свою очередь ведет к ослаблению памяти и снижению способности различать безопасный и небезопасный контекст, а изменения в миндалевидных телах обуславливают чрезмерные травматические реакции на нейтральные стимулы. Недостаточность префронтальной коры становится причиной беспричинного страха и приводит к последующим трудностям угасания выработанного рефлекса страха [10;13;17].

Тем не менее, при всей изученности темы последствий ДТ, данные исследований о различных неспецифических нарушениях в отдаленном периоде остаются разрозненными. Многие люди, пережившие различного рода психические травмы, демонстрируют спектр симптомов, не соответствующей диагностическим критериям отдельной нозологической единицы. Однако присутствие даже отдельных психопатологических симптомов, как упомянуто выше, несет множество негативных последствий и существенно затрудняют социальную адаптацию, межличностное общение, минимизирует возможность установления доверительных партнерских отношений [1;6;9;15]. В таких случаях полноценное включение человека в социум может потребовать психологическое сопровождение, специальную профессиональную помощь или психокоррекцию. Сложность такой работы обусловлена необходимостью исследования и коррекции посттравматических реакций от воздействия различных видов травм вне учета времени, в котором осуществлялось влияние стрессора и тем, что до появления ярко выраженных признаков посттравматического стресса имеется значительный период времени, иногда насчитывающий несколько десятков лет [5]. При этом сами нарушения имеют специфику, обусловленную возрастом индивида, проживающего последствия воздействия ранних травм, индивидуальными личностными особенностями и социально-культурным контекстом жизни человека [2;5]. В свою очередь ретроспективность субъективных оценок травм, перенесенных в от-

даленном прошлом, сильно ограничивает возможность интерпретации, что нередко приводит к упущению существенных факторов [5].

Недавний опрос взрослых от 29 до 45 лет выявил наиболее частые и интенсивные по негативному воздействию травмы первых 18 лет жизни. У 80% опрошенных в истории детства присутствовали травмы: вербальное насилие в виде угроз, оскорблений; физическое насилие; отсутствие чувства защищенности и заботы; развод родителей; употребление психоактивных веществ в семье; пребывание в тюрьме кого либо из семьи; частые конфликты между членами семьи или психическое заболевание у кого-то из близких родственников [6]. О разводе родителей и физическом насилии сообщили больше половины респондентов. Полученные данные, по мнению авторов исследования, не только свидетельствуют о большом распространении ДТ в нашей стране, но и настораживают обнаруженной другой закономерностью, что никто из испытуемых не рассматривал эти события как травматические и не связал их с наличием острых состояний в настоящем. Этот факт дал авторам основание для вывода о привычности, даже обыденности таких событий, отсутствии связи отсроченного влияния травмы со своими актуальными состояниями у значительной части людей [6]. Однако эти максимально неосознанные ДТ, по мнению другого автора, незаметно, но глубоко влияют на существование человека, хотя само психотравмирующее воздействие носит очень неявный, скрытый характер [3]. Несмотря на высокую интенсивность объективно переживаемых и предъявляемых пациентами других симптомов или признаков дизадаптации, связь проблем с психической травмой детства может быть проигнорирована, как выходящая за пределы диагноза конкретной патологии [4]. Исследования таких состояний нередко осложняется еще и тем фактом, что за психологической помощью люди чаще обращаются уже тогда, когда уровень психических страданий становятся трудно переносимым или уже сильно отягощенным разной степенью паталогических нарушений, вплоть до депрессивных и тревожных расстройств, суицидальных мыслей [2;3;5;13]. Таким образом, отдаленные последствия пережитой психотравмы могут включать отдельные проявления посттравматических расстройств, неспецифические симптомы, и тогда алгоритм ведения пациента должен быть направлен не только на активное раннее выявление любых единичных специфических признаков, но и дифференциальную диагностику неспецифических и второстепенных симптомов, которые могут предъявлять клиенты. Среди них можно выделить следующие: физическая, психическая, сексуальная астения, быстрая истощаемость (нехватка энергии для поддержания интересов, деятельности); тревожность; внутреннее напряжение, ощущение постоянной опасности, пессимизм; актуализация истерических, фобических симптомов; психосоматические проблемы (недомога-

ния затрудненное дыхание, повышенное артериальное давление, обмороки, утомляемость, скрежетание зубами по ночам, головные боли и головокружение, тремор, неопределенный болевой синдром, обильное потоотделение, учащенное сердцебиение, судороги, тошнота, слабость); поведенческие проблемы (приступы гнева, агрессия, суицидальное поведение, нарушения питания, анорексия или булимия); эмоциональные (тревога или агитация, сниженное настроение, навязчивое чувства стыда, вины, раздражительность, импульсивность, потеря контроля над эмоциями) и поведенческие проявления (чрезмерная реакция на нейтральные стимулы, трудности в общении, склонность к социальной изоляции, подозрительность, обидчивость, изменение в сексуальном поведении); когнитивные (обвинение других, снижение способности концентрировать внимание, спутанность сознания, сверхбдительность, забывчивость, навязчивые мысли и образы, ночные кошмары, нарушение абстрактного мышления, трудности с принятием решений, поиском возможных вариантов решения проблем) и другие. Особенно важными становятся, не наблюдавшиеся ранее признаки: враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отчужденность; ощущения опустошенности и безнадежности; хроническое чувство волнения, постоянной угрозы, существование «на грани» [1;4;9].

Коррекция симптомов посттравматических нарушений включает три основные стратегии вмешательства: психотерапия либо психологическое консультирование; медикаментозная терапия; поддерживающие мероприятия, такие как информирование пациента и его /ее родственников и обучение пациента эффективным копинг-стратегиям. Высказывается мнение, что в целом, задачей психотерапии является подкрепление защитных факторов, так как в ходе психотерапии происходит пересмотр и переосмысление произошедших событий, усиливаются и нарабатываются механизмы адаптации [1;2;4;9]. И тогда в самом общем виде содержание психотерапевтического сопровождения клиентов с признаками посттравматических нарушений можно свести к следующим целям: помощь в освобождении от навязчивых воспоминаний о прошлом и интерпретаций последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, стимуляция активности и нейтрализация чувства беспомощности, а также обращение к ресурсным состояниям, поиск адаптивных способов преодоления последствий травматического события, восстановление возможностей пострадавшего активно и ответственно включиться в настоящее. Достижение таких целей требует установление контроля над эмоциональными реакциями, освоение надлежащего места травмы в общей временной перспективе жизни и личной истории пострадавшего [1;4].

В связи с вышесказанным, можно выделить основные

стратегии терапии, описанные в научной литературе: поддержка адаптивных навыков «Я» (одним из наиболее важных аспектов здесь является создание позитивного отношения к терапии); формирование нейтрального отношения к симптомам (способность индивида воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, минимизируя таким образом дальнейшую травматизацию самих фактом существования этих расстройств); снижение стратегии избегания, как препятствия к переработке травматического опыта; изменение атрибуции смысла (изменение содержания перенесенной психической травмы, создание у клиента ощущение «контроля над травмой», над событиями, снижение тревоги и восстановление чувства личностной целостности [1;4;8;16]. А условные стадии терапевтических отношений можно описать как постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от избегания и отстраненности к интеграции травматических воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов и от выраженной потери доверия к миру к постепенному планомерному завоеванию доверия клиента хотя бы к одному значимому другому [1;2]. И тогда самыми общими показателями состоятельности самой терапевтической работы можно выделить: установление безопасной атмосферы (терапевтического альянса); доступ к непосредственной переработке воспоминаний и переживаний, вызванных травмой; включение клиента в повседневную жизнь.

Обширные данные современных исследований предоставили убедительную доказательную базу общей эффективности психологической коррекции симптомов посттравматических нарушений различными травма сфокусированными моделями психотерапевтического вмешательства, способной решать вышеперечисленные цели и задачи. [8;9;12;13;16]. Однако данные о различных показателях эффективности - полное или частичное исчезновение симптоматики посттравматических реакций, достаточно разрознены и даже противоречивы. Теоретическая концепция этиологии, развития и сохранения посттравматического расстройства, на основе которой базируются основные методологические принципы, разделяют тот или иной терапевтический подход. Анализ литературы показал, что на сегодняшний день существуют несколько десятков различных психологических школ и подходов, используемых в индивидуальном и групповом форматах, применяемых для лечения и коррекции посттравматических состояний. Травма сфокусированная поведенческая терапия, (Cognitive Behavior Therapy with a Trauma focus, CBT-T) – наиболее широко представлена и изучена в научной литературе и практике. К данному подходу относятся такие виды терапии, как Краткосрочная Электротерапия, КЭТ, (Brief Eclectic Psychotherapy, BEP); Когнитивно-процессуальная Терапия (КПТ), (Cognitive Processing Therapy, CT); Когнитивная Терапия (КТ), (Cognitive Therapy, CT); Нарративная Экпо-

зиционная Терапия (НЭТ), (Narrative Exposure Therapy, NET); Десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движения глаз (ДПДГ), (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR); Когнитивно-поведенческая терапия без фокуса на травму (КПТ), (CBT without trauma focus); Интерперсональная терапия (ИТ), (Interpersonal Psychotherapy, IPT); Психодинамическая терапия (ПТ), (Psychodynamic Psychotherapy); Диалоговая Экспозиционная Терапия (ДЭТ), (Dialogical Exposure Therapy, DET); Групповая межперсональная терапия (ГМТ), (Group Interpersonal Therapy, GIT) и т.д. В самом общем виде все модели терапевтической помощи можно разделить на две больших группы по принципу фокусировки на травматическом событии и связанных с ним субъективными переживаниями и на коррекционную работу, нацеленную на снижение симптомов травматического стресса, без непосредственного воздействия на воспоминания о травме, негативных мыслях и когнициях, связанных с опытом травмы. В ряде концептуальных психодинамических, поведенческих, когнитивно-поведенческих моделей развития, сохранения и, соответственно, лечения посттравматических нарушений, наличию негативных когниций (далее НК) в отношении себя и мира, («я ни на что не способен» «мир жесток», «никому нельзя доверять» и т.д.) отведена центральная роль [4;9;11;12;16]. НК, являющие собой реакцию на травму, включают эмоции стыда, вины и самообвинения, чувства беспомощности или убежденности в необратимости ущерба, нанесенного травматическим событием, что соответствуют критерию С (негативные мысли и чувства) диагностического описания ПТСР [9]. Хотя до сих пор не существует бесспорного основания насколько НК могут быть отделены от общей симптоматики и может ли этот кластер симптомов в посттравматическом периоде существовать как центральный в поддержании и развитии посттравматического нарушения [8;9], данные лонгитюдных исследований убедительно доказали, что негативные когниции оказывают значительное влияние на выбор стратегии избегания, что в свою очередь усиливает негативное восприятия себя и других и положительно коррелирует с тяжестью присутствия другой симптоматики ПТСР [9]. В настоящее время известно более 100 различных методов КПТ, но среди рекомендованных такими международными организациями как American Psychological Association (APA), (2017), International Society of Traumatic Stress Studies (ISTSS), (2018), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2018), как первые линии лечения ПТСР симптоматики, выделены: Когнитивно-поведенческая терапия, Десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движения глаз; Пролонгированная экспозиционная терапия; Реконструкция травматической памяти; Экспозиционная терапия [8;9;4]. Когнитивная реконструктуризация – процесс обучения осознанию, отслеживанию и изменению деструктивных мыслей и убеждений («я проиграл...», «я зря это сделал», «я вино-

ват» и т.д. [15]. Пострадавшей учится навыкам, позволяющим отслеживать связь между негативными убеждениями в отношении себя самого и конфронтации с ними, сомнению в верности таких убеждений и постепенном их изменении, способности концентрироваться на своих успехах, удачных действиях и событиях, происходящих в настоящем - «здесь и сейчас». Следует отметить, что современная КПТ носит интегративный характер и все чаще включает методы, которые либо не использовались ранее – например, проигрывание травмы при помощи виртуальной реальности, либо ренессанс старых терапевтических подходов, в частности – психоанализа [9]. Например, в комплексе с когнитивно-поведенческими техниками, сфокусированными на травме, доказала свою эффективность терапия продолжительного погружения (exposure therapy) [15]. Метод заключается в постепенном погружении клиента в травмирующие воспоминания и постепенном контакте с окружением, которое может напоминать о травме и одновременном освоении когнитивных методов реструктуризации и рефрейминга мыслей и страхов в этом процессе. Данный метод был признан надежным в работе с лицами, пострадавшими от различных видов насилия, природных и техногенных катастроф, межэтнических столкновений, участия в боевых действиях, от пыток, при работе с беженцами [9,15;17]. Анализ литературы показал, что травма сфокусированная терапия эффективна, но может быть эмоционально сложна для людей в случаях истории сексуальных травм [15]. Также отмечается, что у более образованных людей показатели излечения выше, так как они легче воспринимают суть основных положений предлагаемых концепций [16].

Еще одним методом, продемонстрировавшим надежные результаты при лечении ПТСР и КПТСР, называют технику ДПДГ. По своей сути - это вариант техники «вскрывающих интервенций», дополненной движениями глаз клиента. Хотя этот метод, предложенный Фрэнсин Шапиро еще в 1987, до сих пор вызывает большие споры, так как высказывается мнение, что он пригоден в основном для лечения в случаях единичной травматизации (например, при авиакатастрофе) или показывает высокие результаты после острых травм [9], тем не менее, с первых лет своего использования ДПДГ показала высокую эффективность при ее использовании в работе с детскими травмами, ветеранами военных конфликтов, жертвами насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также при фобиях, панических и диссоциативных расстройствах [8]. Результаты показали, что движения глаз при воспроизведении травматической памяти связан со снижением активации лобно-теменных нейронных сетей, отвечающих за регуляцию и доступ к автобиографической памяти, негативным эмоциям, кошмарным сновидениям и другой симптоматикой ПТСР [10].

Другой современный подход к методам терапии

ПТСР основан на принципах работы со страхами и, приобретенными ранее навыками беспомощности, закрепленными в результате негативного опыта преодоления ранней травмы и выработанных ранее деструктивных паттернов поведения. Так, например, экспозиционная терапия (ЭТ), появившаяся еще в 20-х годах прошлого столетия, нацелена на психологическую работу с различными фобиями и тревожными состояниями [15]. Данный подход базируется на принципе конфронтации, а не избегания этих состояний. При помощи техники «флуда» для преодоления страха клиент помещается в искусственно созданную контролируемую ситуацию, где он может встретиться с негативными переживаниями, постепенно заменяя переживание страха расслаблением. Данный подход считается достаточно быстрым и эффективным способом преодоления страхов и фобий, хотя есть данные, указывающие на краткосрочность эффекта данного метода терапии [9]. В таких случаях дополнительно используется метод техники систематической ДПДГ, основанной на принципе реципрокного (взаимосвязанного) подавления (страх может быть подавлен, если заменяется антагонистичной активностью). При систематической десенсилизации человек, переживший травматическое событие, постепенно, но с нарастающей интенсивностью соприкасается с ситуациями, вызывающими страх, тревогу, напряжение, выполняет адаптивное поведение, планомерно обучаясь реагировать на эти ситуации другим поведением и уже позитивно окрашенной реакцией (релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями и др). Десенсилизация является основным элементом работы с экспозициями [15]. Экспозиционные приемы, могут также быть применены как компоненты в Поведенческой Терапии и Когнитивно Поведенческой Терапии. КПТ использует другие техники работы, как например, выделение и идентификацию главного генерализованного негативного убеждения сократовским методом для достижения более сбалансированного восприятия пациентом событий и контекста, связанного с переживанием травматического опыта.

Значительное количество данных подтверждает определенную эффективность Пролонгированной терапии (ПТ), главное отличие которой заключается в применении техники конфронтации тревоги через разговор с терапевтом о травматическом событии в сессии (экспозиция воображения) и конфронтацию всех реально представленных в жизни пациента напоминаний о травме (экспозиция in vivo). Стратегия коррекции негативных установок предполагает работу с воображением и переработкой памяти, при которой ключевая посттравматическая когниция исследуются и корректируются в технике открытой дискуссии [4;15]. Однако приверженность этому методу и его действенность до сих пор является относительно невысокой. А данные недавнего метаанализа свидетельствуют, что у 44% всех пациентов, прошедших лечение по этому методу, сохранилась симпто-

матика, соответствующая диагнозу ПТСР [9].

Таким образом, можно констатировать, что согласно когнитивно-поведенческому подходу, НК определяют и поддерживают структуру патологического страха и, соответственно, изменение таких дизадаптивных ассоциаций существенно облегчает общую симптоматику ПТСР. Освобождение от патологического страха происходит в случаях, когда в индивидуальном опыте появляется возможность отделить свои ожидания исхода ситуаций в мире, в котором никому нельзя доверять от реальной ситуации, когда клиенту удается выделить отдельные поступки людей или события, заслуживающие доверия. Множество эмпирических данных свидетельствует о корреляции степени улучшения НК со степенью улучшения общей симптоматики, способствующих таким образом, сокращению длительности лечения [4;9;11;13;16]. В связи с этим можно определить работу с НК как критическую в концептуальной модели ПТСР. Однако показатели изменений остаются достаточно противоречивыми в разных исследованиях: есть указания на данные, согласно которым показатели по шкале самообвинения были снижены в результате терапии, а негативные убеждения по отношению к миру – нет [9].

Сравнительно недавним нововведением в лечении ПТСР стало использование техник виртуальной реальности (VR). Теоретически, преимущество такого подхода позволяет индивиду, который неспособен идентифицировать и говорить о травматическом опыте, все же осваивать навыки, необходимые для преодоления подобных ситуаций, осознавать и контролировать избыточные возбуждение и когнитивную реактивность, справляться с тяжелыми навязчивыми воспоминаниями и, как следствие, социализироваться в обычной жизни. По данным некоторых исследований, применение этой быстро развивающейся техники особенно эффективно в работе с жертвами автомобильных аварий и в случаях тяжелой хронической травматизации [9; 4]. Однако, стоит отметить, что подобные данные еще очень немногочисленны и требуют дополнительных исследований.

Исследования и доказательство эффективности применения того или иного терапевтического метода всегда представляло большие сложности для исследователей как и невозможность точного определения конкретного компонента терапевтической работы, вызвавшего наибольший положительный терапевтический эффект. Также крайне мало данных эпидемиологических исследований о случаях и причинах прекращения той или иной терапии до момента оценки показателей эффективности, что немаловажно для анализа и более точных выводах о дифференциальной эффективности терапии для разных групп населения, представленности различной симптоматики, оптимальной длительности терапии для разной степени присутствия симптоматики и приемле-

мости данного метода терапии для разных категорий, нуждающихся в помощи людей. Существуют данные мета анализа некоторых методов терапии, согласно которым, среди общих фактов прекращения терапии среди всех запрототолированных случаев обращения за психологической помощью, 16 % людей прекращают терапию до момента предполагаемой оценки результатов [14]. Наиболее частые случаи прекращения терапии проводились методами: травма фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (66,41%); краткосрочная электротерапия (90.40%); когнитивно-процессуальная терапия (75.15%), нарративная терапия (85.59%); когнитивно-поведенческая (82.72%) [14]. Несмотря на то, что цифры рекомендованных методов терапии оказались неутешительны, результаты данного исследования не смогли предоставить исчерпывающих обоснований для объяснения причин прекращения рекомендованных курсов терапии и эффективности этих терапевтических методов. Предположительные факторы таких высоких показателей досрочного прекращения травма сфокусированной терапии, по мнению авторов недавнего исследования: высокая уязвимость клиентов; низкая мотивация; превалирование обследований у людей, имеющих сильное присутствие симптоматики в клиниках, а не тех, кто выбрал прийти самостоятельно; отсутствие высшего образования, что могло затруднить понимание некоторых концепций терапевтического подхода [14].

Итак, основной целью долгосрочного посттравматического психологического сопровождения пострадавших от психологической травмы людей, можно определить как работу с комплексом мишеней – психологических проблем, препятствующих использованию всех возможных индивидуальных ресурсов для восстановления и повышения качества жизни человека и улучшения его субъективного состояния; снижение выраженности симптомов ПТСР, вплоть до полного исчезновения; изменение представления о себе, повышение самооценки; появление независимости в суждениях, самостоятельности в принятии жизненно-важных решений; позитивное восприятие жизни и будущего.

Целостной картины того, что актуализирует переживания детской травмы, в какой форме и для кого влияние детской травмы сохраняется уже во взрослом возрасте не существует. Таким образом, история ДТ – неотъемлемая часть психологического диагностирования или терапии, требующая тщательной дифференциальной диагностики и внимания ко всем неспецифическим и второстепенным симптомам и признакам для выявления возможных отдаленных и хронических форм посттравматических нарушений.

К основным мерам долгосрочного психологического вмешательства можно отнести разнообразные подходы, основанные на методах различных вариантов травмо-

сфокусированной когнитивно-поведенческой терапии, включая КПТ, ПЭТ и т.д. Анализ научной литературы свидетельствует о определенной эффективности работы с НК и корреляцию этой работы со снижением сопутствующих симптомов ПТСР и КПТСР. Сфокусированные на травме когнитивно-поведенческие подходы сконцентрированы на развитии новых поведенческих стратегий адаптации, восстановлении ощущения непрерывности жизни, актуализации ресурсов, системной десенсибилизации и возвращении контроля над собственной жизнью.

Данные о том, какое именно влияние и какие результаты оказывают различные психологические модели и подходы на изменение негативных установок в отношении себя и других все еще остаются дискуссионными. Все существующие на сегодняшний день техники

психологического вмешательства требуют дальнейшего изучения и дальнейших теоретических и эмпирических исследований. Потребность в стандартизированной системе оценки приемлимости разных методов терапии остается крайне острой. Несмотря на существование разнообразных психотерапевтических методов лечения посттравматических нарушений, основополагающим для практического психолога остается факт, что любой случай уникален и ни один психотерапевтический подход не сможет стать универсальным, так как не способен учесть все личностные, биологические, культурные и другие социальные особенности человека, пережившего травму. Таким образом, одной из самых важных рекомендаций можно выделить индивидуальный подход к каждому конкретному случаю, что многократно подчеркивается в современных научных публикациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блинов О.А. Психотерапия посттравматических стрессовых расстройств//Проблемы современной науки сборник научных трудов: выпуск 13. – Ставрополь: Логос, 2014. – С.20-
2. Петрова ЕА Детские психотравмы проблемы отсроченного влияния на личность взрослого человека. Вестник новгородского университета. 2014. № 79
3. Поздняков В.А. Психология и психотерапия детских травм. М.: Ось-89, 2005. 105 с.
4. Семенова Н.В., Ляшкова С.В., Лысенко И.С., Чернов П.Д. Анализ результатов применения программы когнитивной психотерапии для пациентов с онкологическими заболеваниями. Обзор психиатрии и медицинской психологии м. Бехтерева В.М. 2019; 1: 61-69.
5. Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В. и др. Посттравматический стресс и картина травматических событий в разные периоды взрослости // Психологический журнал. – 2016. – Т. 37. – № 6. – С. 94–108.
6. Якиманская И.С. Суициальные представления о детских травмах у специалистов помогающих профессий образования и здравоохранения.// Перспективы науки. 2014. № 4. С. 61–63.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D. C.: American Psychiatric Association, 1994 (<http://trevoga.depressii.net>, 25.04.2008).
8. Bisson, J.I., Berliner, L., Cloitre M., Shapiro F., et al. (2019) The international society for traumatic stress studies new guidelines for prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress*.32(4),475-483.
9. Brown L.A., Belli G.M., Asnaani A., et al. A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research* 43(1), 143-173, 2019
10. Harricharab, S., M.C. Kinnon, M.C., Tursish, M., AT AL., (2019). Overlapping frontoparietal networks in response to oculomotion and traumatic autobiographical memory retrieval: Implications for eye movement desensitization and reprocessing. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), Doi: 10.1080/20008198.2019.1586265.
11. Høeg B.L., Johansen C., Christensen J. et al. Early parental loss and intimate relationships in adulthood: A nationwide study // *Developmental Psychology*. – Vol 54 (5). – May 2018. – P. 963–974.
12. Karatzias T., Shevlin M., Hyland P., (2018) The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing. . . <https://doi.org/10.1111/bjc.12172> *British Journal of Clinical Psychology* 57(2), 177-185.
13. Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(50), 4-14.
14. Lewis C., Roberts N., Gibson S.& Bisson J.I. (2020) Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis, *European Journal of Psychotraumatology*,11:1,1709709, DOI:10.1080/20008198.2019.1709709
15. McLay R., Wood D., Webb-Murphy J., et al. (2011) A Randomized, Controlled trial of Virtual Reality-Grade Exposure Therapy for Post- Traumatic Stress Disorder in Active Duty Service Members with Combat-Related Post- Traumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, behavior, and Social networking*. 14(4)@ Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/cyber.2011.0003
16. Riggs S., Bisson I., Sonis H., Hamblen L., et al. (2019) A guidelines for the Treatment of Posttraumatic stress disorder in Adults: An Update.2019, Vol.56, 3,359-373. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000231>
17. Teddy J., Lynnette A., Averill A. et al. (2018) Neurobiological studies of trauma-related psychopathology public health perspective. *European Journal of psychology*, DOI:10.1080/20008198.2018.1556554
18. World Health statistics, (2018): monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva World Health Organization: 2018. <http://apps.who.int/iris>

© Судилова Ирина Анатольевна (7720632@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»