
**АНАЛИТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ: НОВЫЕ ТИПЫ
РАССТРОЙСТВ — НОВЫЕ ВЫЗОВЫ
ДЛЯ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**ANALYTICAL REVIEWS: NEW TYPES OF DISORDERS —
NEW CHALLENGES FOR COGNITIVE THERAPY**

КОМПЛЕКСНОЕ ПТСР: ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

М.А. ПАДУН

Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН),
Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>,
e-mail: maria_padun@inbox.ru

В статье рассматривается новая диагностическая категория — комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР), введенное в Международную классификацию болезней (МКБ-11). Анализируются различия в механизмах воздействия на человека ситуативной и пролонгированной травматизации. Описываются диагностические критерии КПТСР в сравнении с ПТСР и ПРЛ (пограничным расстройством личности). Анализируется конструкт «нарушения Я-организации», объясняющий основной механизм воздействия комплексной травмы и включающий в себя нарушения регуляции эмоций, самовосприятия и нарушения в отношениях. Показано, что разработанные для ПТСР психотерапевтические подходы недостаточны для терапии КПТСР. Рассматривается подход к психотерапии КПТСР в рамках консенсуса экспертов в области посттравматического стресса, обсуждаются его возможные ограничения. Описывается подход к терапии КПТСР, названный «компонентная психотерапия». Обсуждается специфика психотерапии комплексной травмы.

Ключевые слова: психическая травма, ситуативная травма, пролонгированная травма, комплексное ПТСР, нарушения «Я-организации», регуляция эмоций, диссоциация.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 19-013-00011.

Для цитаты: Падун М.А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 3. С. 69—87. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>

COMPLEX PTSD: PSYCHOTHERAPY OF PROLONGED TRAUMATIZATION

MARIA A. PADUN

Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>,

e-mail: maria_padun@inbox.ru

The article considers a new diagnostic category — complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), introduced into the International Classification of Diseases (ICD-11). Differences in the mechanism of influence of situational and prolonged trauma are analyzed. CPTSD diagnostic criteria are compared to PTSD and BPD (borderline personality disorder) symptoms. The term “disturbances in self-organization” is analyzed, which explains the main mechanism of the impact of complex trauma and includes emotional dysregulation, disturbances in self-perception and relationships. Psychotherapeutic approaches developed for PTSD were shown to be insufficient for the treatment of CPTSD. The article reviews an approach to CPSTD therapy based on the consensus of experts in the field of post-traumatic stress and its possible limitations are discussed. “Component based psychotherapy” — another approach to CPTSD therapy — is described. Specific features of psychotherapy for complex trauma are discussed.

Keywords: psychological trauma, situational trauma, prolonged trauma, complex PTSD, disturbances of “self-organization”, emotion regulation, dissociation.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number № 19-013-00011.

For citation: Padun M.A. Complex PTSD: psychotherapy of prolonged traumatization. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2021. Vol. 29, no. 3, pp. 69—87. DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290306>. (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

За более чем 60 лет своего развития когнитивная психотерапия во главе с Аароном Беком прошла поистине блистательный путь: от первых описаний специфичности сновидений депрессивных пациентов и обоснования понятия автоматических мыслей до приложения когнитивного подхода к психотерапии тревожных расстройств, супружеских проблем, шизофрении и др. [7]. Когнитивно-поведенческая терапия (КБТ) является одним из наиболее эффективных методов лечения ПТСР [1; 2]. Кроме того, теоретические представления КБТ являются теоретической основой других подходов, используемых в терапии травмы: например, когнитивной процессуальной терапии и диалектической поведенческой терапии.

В 2018 году Всемирная организация здравоохранения представила 11-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-11)¹. В эту редакцию, помимо посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вошло комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР). Кроме трех групп симптомов ПТСР («повторное переживание», «избегание» и «чувство угрозы»), КПТСР включает три дополнительные группы признаков: эмоциональная дисрегуляция (emotional dysregulation), негативный образ Я (negative self-concept), нарушения в отношениях (disturbance in relationships). Эти дополнительные симптомы объединяются понятием «нарушения в Я-организации» (disturbances in self-organization) [28].

Необходимость введения КПТСР в МКБ связана с тем, что критерии ПТСР соотносятся преимущественно с событийной травмой, которая четко очерчена во времени. При этом психопатологические нарушения у тех людей, которые подвергались травматизации в течение длительного времени (например, повторяющееся физическое и эмоциональное насилие), оставались за рамками ПТСР. Вместе с тем очевидно, что травматизация людей, переживших несчастный случай или стихийное бедствие, значительно отличается от травматизации тех, кто пережил насилие либо отвержение со стороны значимых близких. Важное значение для понимания эффектов травмы имеет также этап развития личности, на котором был пережит травматический опыт в интерперсональной сфере. Последствия травматизации, пережитой в детстве или подростковом возрасте, являются наиболее патогенными.

Таким образом, *целью* данной статьи является анализ диагностических критериев КПТСР и соотнесение их с критериями феноменологи-

¹ World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision).

чески близких расстройств — ПТСР и ПРЛ (пограничное расстройство личности), а также осмысление специфики психотерапии КПТСР в контексте современных психотерапевтических подходов.

Комплексное ПТСР: история и критерии диагностики расстройства

ПТСР и КПТСР. Разделение психических травм на два типа проведения достаточно давно [34] и связано с пониманием различных механизмов, лежащих в основе развития нарушений. *Ситуативная травма* — это психологические последствия подверженности влиянию краткосрочного, неожиданного травматического стрессора, который влечет за собой угрозу смерти или нарушения физической целостности (примеры: сексуальное насилие, техногенные и естественные катастрофы, дорожно-транспортные происшествия, захват заложников, ограбления). Событие оставляет неизгладимый след в психике индивида (индивид часто видит сны, в которых присутствуют те или иные аспекты события), следы в памяти носят яркий и конкретный характер. *Пролонгированная травма* — последствия влияния на человека повторяющихся травматических событий. К такого рода воздействиям относят участие в военных действиях, повторяющееся физическое и сексуальное насилие, а также различные виды эмоционального насилия: эмоциональное отвержение, травля, вербальное насилие (угрозы, оскорбления, унижения) и др. Для такого рода травматических воздействий характерна вариативность, множественность, повторяемость травматической ситуации, а также ее непредсказуемость. Часто ситуация возникает по умыслу других людей. Таким образом, КПТСР является последствием пролонгированной травматизации.

Изначально симптоматика КПТСР была описана в категории «Расстройства, связанные с экстремальным стрессом, не уточненные» (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified — DESNOS) [27], которая не была включена в DSM-IV, однако подробно эмпирически изучена. Впоследствии категории “DESNOS” и “Complex PTSD” стали употребляться в одном значении. КПТСР отражает последствия комплексной травмы у взрослых и подростков. Для диагностики последствий комплексной травмы в детском возрасте существует категория «Травматическое расстройство развития» (Developmental trauma disorder) [35], которое также не входит в диагностические системы, но активно изучается и дискутируется в поле исследований детской травмы.

В процессе хронической травматизации в интерперсональной сфере развитие личности происходит в условиях, где основные усилия человека направлены на физическое и психическое выживание, а не на решение

обычных задач возрастного развития [20; цит по: 25]. Процесс нормально-го развития предполагает активность мозга в достижении оптимального состояния между тем, чтобы выдерживать новое и стремиться к привычному. Если мозг функционирует в режиме выживания, то его приоритетная задача — экономить ресурсы. Это происходит за счет развития автоматических адаптивных процессов, которые функционируют за пределами осознания и, в случае длительной хронической травматизации, становятся привычными. Происходит сдвиг в мотивации: человек больше не ищет удовольствия, а фокусируется на избегании боли, постепенно утрачивая обретенные в процессе социализации навыки. Телесные ощущения становятся также субъективно воспринимаемым источником опасности и вызывают негативные эмоции (тревогу, подавленность).

Симптоматика КППТСР включает, помимо симптомов ПТСР, следующие нарушения [13]:

Эмоциональная дисрегуляция. Эмоциональное состояние характеризуется преобладание дисфории и мыслями о суициде. Расстройства регуляции эмоций связаны со сложностями в регуляции гнева, а также с использованием для регуляции эмоций самоповреждения, психоактивных веществ и других внешних ресурсов (например, компульсивное переедание или сексуальная активность). Сложности в регуляции гнева приводят к тому, что индивиды с интерперсональной детской травмой часто прерывают психотерапевтическое лечение.

Нарушения самовосприятия. Людям с симптомами КППТСР свойственны негативные представления о себе. Они чувствуют себя беспомощными, неэффективными, нарушенными и не нужными другим. Такой взгляд на себя базируется на детских представлениях о том, что если что-то идет не так, то ребенок сам является причиной этого. Иными словами можно сказать: «Со мной плохо обращались, потому что я плохой».

Нарушения в отношениях. Хроническая травматизация в межличностной сфере приводит к дефициту доверия другим людям, поэтому людям с КППТСР сложно обращаться за поддержкой к другим. В партнерских отношениях они испытывают сложности с тем, чтобы вовремя распознать сигналы опасности или плохого отношения к себе. Там, где нетравмированные люди могут сказать «стоп» и настоять на приемлемых вариантах общения либо выйти из отношений, люди с КППТСР не могут прекратить плохое обращение с собой (в том числе из-за отсутствия социальной поддержки) и ревиктимизируются [27].

Следует иметь в виду, что изначально предложенная для DSM категория КППТСР, кроме описанных выше нарушений, включала следующие (они не вошли в МКБ-11) [29]:

Нарушения внимания и осознанности (диссоциация). У лиц с КППТСР затруднена консолидация травматической информации в биографиче-

ский нарратив, образ Я и образ мира. Этот опыт становится отдельным элементом сознания, который не включен в повседневную жизнь. «Отщепленные» элементы носят, как правило, сенсорный либо перцептивный характер и не могут быть выведены на вербальный уровень. Индивиды с КПТСР могут демонстрировать переживания «выпадения» из реального опыта и забывчивость. Им зачастую сложно удерживать опыт, полученный на терапевтических сеансах. Часто наблюдается амнезия на конкретные события либо на целые периоды жизни. Диссоциативные феномены встречаются и при классическом ПТСР, но наибольшей выраженности диссоциация достигает после пролонгированной травматизации [23].

Соматический дистресс включает нарушения работы пищеварительной системы, симптомы хронической боли, проблемы с дыханием и сердечно-сосудистой системой, конверсионные симптомы и сексуальные дисфункции.

Изменения в смысловой сфере определяются через чувство хронической безнадежности и отчаянья, а также утрату предшествующих травматизации представлений о мире [3].

Клуатр и др. [14] была разработана методика, названная «Международный опросник травмы» (“International trauma questionnaire”), шкалы которого включают признаки КПТСР. Опросник позволяет проводить кросс-культурные исследования на выборках лиц, переживших длительную травматизацию.

Эмпирически было показано, что среди лиц, проходящих терапию в связи с переживанием психических травм, можно выделить кластер с симптоматикой ПТСР (и он соотносится с событийной травмой), а также кластер, где наряду с симптомами ПТСР присутствуют симптомы нарушения Я-организации, т. е. группа КПТСР [12].

Вместе с тем существует альтернативная точка зрения, суть которой в том, что разница между ПТСР и КПТСР недостаточно эмпирически обоснована [17; 6; 21]. Подчеркивается, что сложности с регуляцией эмоций, нарушения самовосприятия и отношений характерны также для ПТСР и, соответственно, могут быть включены в диагностическую категорию «ПТСР». Собственно, эта точка зрения нашла свое отражение в DSM-V², куда не было включено КПТСР, а диагностические критерии ПТСР подверглись серьезным изменениям. В частности, был внесен критерий, названный «Негативные изменения в когнициях и настроении», куда вошли отдельные признаки нарушений Я-организации.

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Association. Arlington, VA: Author, 2013.

Дифференциация КППТСР и пограничного расстройства личности (ПРЛ). Клиническая картина КППТСР (МКБ-11) и ПРЛ (DSM-V) на первый взгляд выглядит схожей, особенно если речь идет о тех пациентах с ПРЛ, которые пережили в детстве физическое, эмоциональное и сексуальное насилие. Однако базовые клинические признаки ПРЛ и КППТСР, а также подходы к психотерапии значимо различаются. Во-первых, КППТСР содержит, прежде всего, симптоматику посттравматического стресса и работа с травматическими воспоминаниями является одной из основных задач.

Лица, страдающие ПРЛ, могут не иметь в анамнезе случаев психической травматизации, что указывает на серьезный вклад генетической предрасположенности [18]. Таким образом, диагностика ПРЛ, в отличие от КППТСР, не предполагает обязательного травматического события в анамнезе (критерий А). Основной характеристикой ПРЛ является личностный дефицит, который проявляется в страхе быть брошенным, нестабильности образа Я, непостоянстве в отношениях в виде идеализации/обесценивания и импульсивном поведении. В КППТСР страх отвержения не является характерной чертой, а образ Я и самооценка скорее негативны, чем нестабильны. В сфере отношений преобладают избегание, а не колебания между идеализацией/обесцениванием [13].

В нарушениях регуляции эмоций, которые характерны для обоих расстройств, также наблюдаются значимые различия. В случае КППТСР нарушения регуляции эмоций связаны, прежде всего, с эмоциональной сензитивностью, сложностями в регуляции гнева и неэффективными копинг-стратегиями (в частности, со злоупотреблением психоактивными веществами). В ПРЛ также могут наблюдаться эти проявления, но основной чертой является самоповреждение и суицидальное поведение.

Различия в симптоматике КППТСР и ПРЛ были эмпирически подтверждены с помощью процедуры латентного анализа классов [13] на выборке из 280 женщин с историей насилия в детском возрасте. Показано, что наряду с группой с низкой выраженностью симптоматики ПТСР, КППТСР и ПРЛ, выделяются три группы: 1) с симптомами ПТСР, но без симптомов КППТСР; 2) с симптомами КППТСР (ПТСР плюс признаки нарушения Я-организации), но без выраженных симптомов ПРЛ; 3) ПРЛ. В группе ПРЛ, по сравнению с группой КППТСР, наблюдались более высокие значения по основным симптомам ПРЛ: отчаянные попытки избежать одиночества, нестабильность в представлениях о собственном Я, неустойчивые и бурные межличностные отношения, импульсивность.

Таким образом, ПРЛ является расстройством личности, тогда как КППТСР — нет. При КППТСР мы наблюдаем, скорее, негативный взгляд на отношения и стремление избегать их, тогда как для лиц с ПРЛ от-

ношения являются основным источником эмоций. То же касается образа Я: у лиц с КПТСР он скорее негативен, как, например, в случае депрессивных расстройств, тогда как у лиц с ПРЛ он крайне нестабилен и флуктуирует от идеализации до обесценивания.

Вместе с тем очевидно, что дифференциальная диагностика между КПТСР и ПРЛ сложна, так как оба расстройства имеют общие черты. Сам термин «нарушения Я-организации», обозначающий для основных симптомов КПТСР, предполагает наличие серьезных личностных дефицитов. Есть основания полагать, что само понятие «Я-организация» нуждается в более серьезной концептуализации. Так, в психодинамической теории проработаны представления о функциях Я, куда входят регуляция импульсов и аффектов, способность к объектным отношениям, поддержание самоуважения, способность к тестированию реальности [31]. Однако психологическая наука за рамками психоанализа оперирует отдельными разрозненными конструктами («самоэффективность», «самоуважение», «регуляция эмоций», «отношения привязанности»), которым посвящены тысячи отдельных эмпирических исследований, но их связанность общим фактором, его содержательная наполненность и роль в психологическом благополучии человека к настоящему моменту не раскрыта. «Я-организация» — это, вероятно, один из терминов, который может стать конструктом, объединяющим функции Я.

Принципы психотерапии КПТСР

Существует несколько научно обоснованных подходов к психотерапии ПТСР [5; 8]. Однако исследования, проведенные для доказательства эффективности этих подходов, проведены преимущественно на лицах, переживших единичные травматические события. Таким образом, случаи комплексной травмы не включаются в исследовательские выборки, так как не вписываются в категории, необходимые для ясного исследовательского дизайна [15]. Следовательно, исследования эффективности психотерапии ПТСР не включают наиболее сложные и тяжелые случаи травматизации. На данный момент не хватает исследований, оценивающих эффективность разных психотерапевтических подходов в снижении симптоматики нарушений Я-организации.

В метаобзоре [19] было обнаружено всего восемь отвечающих критериям качества исследований эффективности психотерапии КПТСР: пять проведены на взрослых выборках и три — на детских. Исследования на взрослых выборках включали психообразование, когнитивное реструктурирование и экспозиционную терапию. Исследования на детских выборках включали ДПДГ (десенсибилизация и переработка

движениями глаз) и практики осознанности. Был сделан вывод о недостаточности эмпирических оснований для определения наиболее эффективного метода. В другом метаобзоре показано, что когнитивно-поведенческие методы были эффективнее других в коррекции нарушений отношений как компонента нарушений Я-организации [26].

Ариэль Шварц в своем руководстве по терапии КПТСР [4] в качестве основных подходов для психотерапевтической работы указывает следующие: когнитивно-поведенческая терапия (КБТ), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), телесно ориентированная психотерапия, комплементарная и альтернативная медицина (техники релаксации, осознанность, лечебная йога).

Группой экспертов Международного общества исследований посттравматического стресса (International society for posttraumatic stress studies — ISTSS) на основе консенсуса было создано руководство для лечения комплексного ПТСР [11]. Руководство предполагает три фазы лечения, каждая из которых имеет определенные задачи. Данный подход, по мнению авторов, позволяет предотвратить возможное усиление симптомов при работе с травматической памятью у лиц с КПТСР, благодаря введению предварительной фазы для стабилизации состояния [10].

В фазе 1 «*Стабилизация и развитие навыков*» усилия направляются на развитие чувства безопасности, т. е. на работу с теми характеристиками пациента и его окружения, которые представляют угрозу. Если покинуть опасные условия жизни не представляется возможным, обсуждаются ресурсы, которые могут быть задействованы в случае актуальной опасности. На этой фазе также проводится информирование (психобразование) клиента о последствиях травмы для развития человека, его картины мира и отношений. Акцент делается на развитии навыков регуляции эмоций и управления стрессом. Дополнительно могут применяться медитация и техники, направленные на повышение осознанности (mindfulness). Одну из главных ролей в достижении задач на этой фазе играют терапевтические отношения, которые реализуются в поддержке клиента и поощрении его в развитии навыков безопасного поведения в отношениях.

Вторая фаза терапии «*Обзор и переоценка травматических воспоминаний*» является основной в терапии травмы со времен классического психоанализа. На этом этапе происходит работа с травматическими воспоминаниями через их ре-переживание в безопасном контексте терапевтических отношений. Пересмотр и переоценка травматического нарратива способствует интеграции травматических воспоминаний в структуру автобиографической памяти, что, в свою очередь, повышает когерентность и континуальность представлений о собственном Я и улучшает качество отношений с другими. В процессе проработки

травматических нарративов в фокусе внимания удерживается развитие навыков управления эмоциями, самоэффективность (вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации) и межличностные навыки.

В третьей фазе «*Консолидация достижений*» прогресс в виде усиленных эмоциональных и социальных компетенций клиента, которые апробируются в реальных жизненных условиях. Терапевт поддерживает клиента в процессе трансформации его жизни. Планируются «бустерные» сессии на случай необходимости «обновить» знания и навыки, обобщаются ресурсы.

Вместе с тем, описанный выше подход серьезно критиковался группой других экспертов в области посттравматического стресса. Основные расхождения во взглядах касаются первой фазы — фазы стабилизации. В критической статье Джона и др. [17] со ссылкой на метаанализ Пауэрс и др. [30] указывается на то, что типы травмы и ее повторяемость не являются значимыми предикторами успешности лечения. Таким образом, авторы отрицают необходимость введения предварительной фазы. Более того, приводятся сведения о том, что досрочный выход из терапии не связан с типом травмы. Таким образом, окончательный вывод авторов критической статьи состоит в том, что терапия ПТСР и КПТСР не должна иметь значимых отличий.

Другая важная работа в направлении терапии комплексной травмы была проделана учеными из Центра травмы Института ресурсов правосудия (Trauma center at Justice Resource Institute) в Массачусетсе (США). Разработанный ими подход, названный «Компонентная психотерапия» (Component-based psychotherapy) [16; 24], ориентирован, прежде всего, на работу с клиентами, пережившими психологическое насилие в детстве, в частности, — эмоциональный абьюз и неглект. Эмоциональный абьюз предполагает унижение, обвинение в семейных проблемах, проявление враждебности, избыточные требования, непредсказуемость поведения, запугивание, гиперконтроль и некоторые другие формы плохого обращения с ребенком. Неглект означает физическое отсутствие значимого близкого либо эмоциональную невключенность, а также игнорирование.

Опираясь на многолетний клинический опыт, авторы утверждают [22], что именно эмоциональное насилие приводит к крайне тяжелым отдаленным последствиям по сравнению с другими видами травматизации (например, физическим и сексуальным насилием). Эти наблюдения подтверждаются эмпирически: вербальный абьюз со стороны родителей имеет негативное воздействие на развивающийся мозг ребенка и выраженность психопатологической симптоматики, сравнимый или даже превышающий по силе воздействие других видов травматизации [32; 33].

Теоретико-эмпирической базой для разработки компонентного подхода стали представления о травматической памяти, травматическом narra-

тиве, диссоциации и методах работы с ними. Авторы опирались также на описанное выше экспертное руководство для лечения КППТСР и экспертное руководство по терапии диссоциативного расстройства идентичности Международного общества исследований травмы и диссоциации [9].

Первый компонент психотерапии КППТСР связан с акцентированием *роли терапевтических отношений*. Основной задачей терапевта является поддержание чувства безопасности клиента. Для клиентов с КППТСР характерен дезорганизованный тип привязанности, и они мало доверяют другим людям и, в частности, терапевту. Для развития чувства безопасности и доверия терапевт, с одной стороны, должен распознавать и корректировать собственные дисфункциональные установки и убеждения, с другой — быть максимально осознанным во время встреч с клиентом и по возможности распознавать все сигналы, идущие от клиента (язык тела, зрительный контакт, тон голоса), а также одновременно отслеживать собственные состояния и чувства [22].

Вторая часть компонентной психотерапии связана с *саморегуляцией* на всех уровнях индивидуально-личностной организации: соматическом, эмоциональном, когнитивном, поведенческом. При этом речь идет не только об обыденном понимании проявлений дисрегуляции — в виде гипервозбуждения, гнева, паники либо, наоборот, гиповозбуждения в виде изоляции, оцепенения или амнезии. В случае КППТСР часто наблюдаются менее явные, «тихие», проявления нарушений регуляции эмоций: хроническое беспокойство, раздражительность, устойчивая ненависть к себе и другим и неспособность восстановить эмоциональное равновесие после невысоких негативных воздействий со стороны внутренней либо внешней среды.

Клиенты, пережившие повторяющееся насилие в отношениях, как правило, не могут доверять терапевту. В этих трудных условиях его задача — помочь клиентам научиться распознавать, выдерживать и изменять тяжелые чувства и связанное с ним реактивное поведение. Так как этот процесс происходит в трудном межличностном контексте, важный вызов для терапевта — осознание и регуляция собственных эмоциональных реакций, возникающих во взаимодействии с клиентом.

Третий компонент данного подхода — *работа с диссоциацией*. Диссоциация и фрагментация переживаемого опыта и собственного Я является распространенной реакцией ребенка на насилие и эмоциональную депривацию. Эффективная работа с клиентами, пережившими разные виды насилия в детском возрасте, включает работу с «частями» (parts) — аспектами Я, отделенными от сознания. Диссоциативные «части» — как и другие эмоциональные феномены — рассматриваются в континууме от нормальных к патологическим. Таким образом, считается, что «части» терапевта и клиента могут взаимодействовать между собой.

«Части» могут быть отделены от осознанной психической деятельности в достаточно раннем онтогенезе, и они, таким образом, в отличие от личности клиента, «не растут». Работа с ними предполагает три уровня: *психообразовательный* (нормализация наличия частей как своего рода «субличностей», которые свойственны всем людям и не связаны с наличием тяжелого психического заболевания); *когнитивный* (распознавание запускающих триггеров, понимание связи между детским травматическим опытом и реакцией на триггеры); *интегрирующий* (проработка связи между эмоциональными, когнитивными, физиологическими, сенсорными, телесными и поведенческими аспектами фрагментированного опыта). Работа на уровне интеграции возможна только в контексте отношений между терапевтом и клиентом, через так называемое «отыгрывание» (активация «частей» клиента или терапевта в процессе отношений между ними). Понимание чувств, мыслей, телесных ощущений в процессе «отыгрывания» позволяет клиенту впервые с раннего детства иным способом осознанно прожить активацию «частей», что, собственно, и является основным терапевтическим механизмом.

Четвертый компонент в описываемом подходе касается формирования когерентного нарратива о различных аспектах Я клиента в разных периодах развития его личности и в разных ситуациях. Ясно, что далеко не все значимые части жизненной истории клиента могут быть рассказаны и осмыслены. Не всегда возможно рассказать о крайне тяжелом опыте; с другой стороны, клиент не может рассказать то, чего не было: например, заботы, внимания, поддержки в регуляции эмоций ребенка и пр. Вместе с тем клиент может рассказать о своих потребностях, желаниях и чувствах, в то время когда его потребности были тяжело фрустрированы.

Авторы считают, что процесс создания нарратива отражает пять стадий развития идентичности: от состояния отсутствия идентичности (“no self”) через поврежденную идентичность (“damaged self”), идентичность жертвы (“victim”) к идентичности спасшегося (“survivor”). “No self” предполагает идентичность, основанную на диссоциативной фрагментации. Стадия “damaged self” характеризуется преобладанием вины и стыда в связи с непринятием и негативной оценкой себя. На стадии “victim” ведущей темой является переживание причиненного клиенту вреда. Четвертая стадия, “survivor”, рассматривается как окончание терапии, фокусированной на травме, т. е. идентичность клиента по-прежнему строится на высокой значимости пережитого абьюза, однако он в состоянии направлять активность в другие сферы и проживать эмоционально наполненную жизнь. Пятой стадии (“person”) достигают не все клиенты. На этой стадии травматический опыт становится одним из многих значимых аспектов жизни человека и его представлений о себе.

На данный момент эффективность компонентного подхода подтверждена только в рамках психологической практики, однако авторы планируют проведение контролируемых исследований его эффективности. Тот факт, что этот подход создан на основе уже подтвердивших свою эффективность психотерапевтических подходов, вселяет оптимизм.

Заключение

Проблема дифференциации нарушений, связанных с травмой, очевидна. И ученые-теоретики, и психологи-практики осознают, что специфика травмы имеет большое значение для понимания проблематики клиента и оказания ему психологической помощи.

Событийная травма — это тяжелое потрясение, в то время как хроническая травматизация в интерперсональной сфере — это, скорее, образ жизни человека в определенные жизненные периоды. Введение категории КПТСР в МКБ-11 отражает консенсус экспертов в признании различий в механизмах ситуативной и длительной травматизации.

Вместе с тем существует достаточно обоснованная критика такого подхода, суть которой в выдвижении тезиса о том, что КПТСР — это лишь более тяжелый случай ПТСР, а не отдельное расстройство. На наш взгляд, в большей степени важно осознание концепта «нарушение Я-организации» специалистами в сфере психического здоровья. Сама по себе категория КПТСР лишь фиксирует суть различий в последствиях единичной и хронической травматизации.

Диагностические различия в клинических категориях ПТСР и КПТСР обуславливают разницу в психотерапевтических подходах. Понятно, что применение основного метода, реализованного в разных направлениях терапии травмы, — обработка травматических воспоминаний, — не является достаточным в терапии комплексной травмы. Подход, реализованный в консенсусе экспертов, предполагает наличие фазы стабилизации, на которой клиента информируют о последствиях длительной травматизации и проводится работа над развитием навыков регуляции эмоций. Данные шаги представляются важными и необходимыми, однако возникает вопрос о собственно содержательной работе с нарушениями Я-организации, так как сами по себе навыки регуляции эмоций вряд ли будут устойчивыми без опоры на когерентный и устойчивый образ Я. Этот вопрос отчасти решен в рамках подхода «Компонентная психотерапия», — через работу с интеграцией фрагментированных «частей» личности и развитие целостного автобиографического нарратива.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаранян Н.Г.* Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 3. С. 46—72.
2. *Лихи Р., Эмил Р.* Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивнобихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. 2002. № 1. С. 1—18.
3. *Падун М.А., Котельникова А.В.* Психическая травма и картина мира. М.: Институт психологии РАН, 2012. 206 с.
4. *Шварц А.* Терапия комплексного посттравматического расстройства: практическое руководство. СПб: «Диалектика», 2020. 176 с.
5. Эффективная терапия посттравматического личностного расстройства / Под ред. Э.Б. Фоа, Т.М. Кин, М. Дж. Фридман [пер. с англ. под общ. ред. Н.В. Тарабриной]. М.: Когито-центр, 2005. 466с.
6. *Achterhof R., Hunjens R. J. C., Meewisse, M. L., Kiers H. A. L.* Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations // European Journal of Psychotraumatology. 2019. Vol. 10(1). DOI:10.1080/20008198.2019.1698223
7. *Beck A.T.* A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy // Perspectives on Psychological Science. 2019. Vol. 14(1). P. 16—20. DOI:10.1177/1745691618804187
8. *Blankenship, D. M.* Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review // Journal of Mental Health Counseling. 2017. Vol. 39(4). P. 275—288. DOI: 10.17744/mehc.39.4.01
9. *Chu J.A., Dell P.F., Van der Hart O., Carde a E., Barach P.M., Somer E., Loewenstein R.J., Brand B., Golston J.C., Courtois C.A., Bowman E.S., Classen C., Dorahy M., Sar V., Gelinis D.J., Fine C.G., Paulsen S., Kluft R.P., Dalenberg C.J., Jacobson-Levy M., Nijenhuis E.R.S., Boon S., Chefetz R.A., Middleton W., Ross C.A., Howell E., Goodwin G., Coons P.M., Frankel A.S., Steele K., Gold S.N., Gast U., Youn L.M., Twombly J.* Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision // Journal of Trauma and Dissociation. 2011. Vol. 12. № 2. P. 115—187. DOI: 10.1080/15299732.2011.537247
10. *Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L.* Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices // Journal of Traumatic Stress. 2011. Vol. 24. № 6. P. 615—627. DOI: 10.1002/jts.20697
11. *Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Herman J.L., Lanius, R., Stolbach B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk B.A., Van der Hart O.* The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults, 2012. https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Consensus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
12. *Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R., Bryant R.A., Maercker A.* Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis // European Journal of Psychotraumatology. 2013. № 4. P. 1—12. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
13. *Cloitre M., Garvert D.W., Weiss B., Carlson E.B., Bryant R.A.* Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis //

- European Journal of Psychotraumatology. 2014. № 5. P. 1—10. DOI:10.3402/ejpt.v5.25097
14. *Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A., Hyland P.* The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2018. Vol. 138. P. 536—546. DOI: 10.1111/acps.12956
 15. *Corrigan F.M., Hull A.M.* Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. // *BJPsych Bulletin*. 2015. Vol. 39. P. 86—89. DOI: 10.1192/pb.bp.114.046995
 16. *Courtois C. A., Ford J. D.* Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. Guilford Press, 2013. 378 p.
 17. *De Jongh A., Resick, P.A., Zoellner L.A., van Minnen A., Lee C.W., Monson C.M., Foa E.B., Wheeler K., ten Broeke E., Feeny N.C., Rauch S.A.M., Chard K., Mueser K.T., Sloan D.M., van der Gaag M., Rothbaum B.O., Neuner F., de Roos C., Hehenkamp L.M.J., Rosner R., Bicanic I.A.E.* A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults // *Depression and Anxiety*. 2016. Vol. 33 № 5. P. 359—369. DOI: 10.1002/da.22469
 18. *Distel M.A., Trull T.J., Derom C.A., Thiery E., Grimmer M.A., Martin N.G., Willemsen G., Boomsma D.I.* Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries // *Psychological Medicine*. 2008. Vol. 38. № 9. P. 1219—1229. DOI: 10.1017/S0033291707002024
 19. *Fernández Fillol C., Serrano-Ibáñez E.R., Ruiz-Párraga G.T., Ramírez Maestre C., Esteve Zarazaga R., López Martínez A.E.* Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review // *Salud Mental*. 2018. Vol. 41(2). P. 81—90. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
 20. *Ford J.D., Courtois C.A.* Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. NY: Guilford Press, 2013. 368 p.
 21. *Ford J.D.* New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look // *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. Vol. 11(1). P. 1—7. DOI: 10.1080/20008198.2019.1708145
 22. *Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Hopper E.* Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: A New Framework // *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017. Vol. 87. № 1. P. 86—93. DOI: 10.1037/ort0000225
 23. *Harter S.L., Alexander P.C., Neimeyer R.A.* Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 5—8.
 24. *Hopper E.K., Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Courtois C.A. van der Kolk B.A.* Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy. The Guilford Press, 2018. 296 p.
 25. *Howard A.P.* Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models // *Child & Family Behavior Therapy*. 2014. Vol. 36. № 2. P. 140—150. DOI: 10.1080/07317107.2014.910734
 26. *Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M., Hyland P., Maercker A., Ben-Ezra M., Coventry P., Mason-Roberts S., Bradley A., Hutton P.*

- Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis // *Psychol Med.* 2019. Vol. 49(11). P. 1761—1775. DOI: 10.1017/S0033291719000436
27. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A., Hidalgo J., Hunt C. Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment // *Directions in Psychiatry.* 2001. Vol. 21. P. 373—392.
 28. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11 // *World Psychiatry.* 2013. Vol. 12(3). P. 198—206. DOI: 10.1002/wps.20057
 29. Pelcovitz D., van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES) // *Journal of Traumatic Stress.* 1997. Vol. 10. № 1. P. 3—16. DOI: 10.1023/a:1024800212070
 30. Powers M.B., Halpern J.M., Ferenschak M.P., Gillihan S.J., Foa E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. // *Clinical Psychology Review.* 2010. Vol. 30(6). P. 635—641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
 31. Schamess G., Shilkret R. Ego psychology // *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts / J. Berzoff, L.M. Flanagan, P. Hertz (Eds.). Rowman & Littlefield, 2011. P. 62—96.*
 32. Spinazzola J., Hodgdon H., Liang Li-Jung, Ford J.D., Layne C.M., Pynoos R., Stolbach B., Briggs E.C., Kisiel C. Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes // *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy.* 2014. Vol. 6. № 1. P. 18—28. DOI: 10.1037/a0037766
 33. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity // *Nature reviews Neuroscience.* 2016. Vol. 17. № 10. P. 652—666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111
 34. Terr L. Childhood trauma: An outline and overview // *American Journal of Psychiatry.* 1999. Vol. 148. P. 10—20. DOI: 10.1176/ajp.148.1.10
 35. Van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories // *Psychiatric Annals.* 2005. Vol. 35. № 5. P. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06

REFERENCES

1. Garanyan N.G. Kognitivno-bihevioral'naya psihoterapiya posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva [Cognitive behavioral treatment in posttraumatic stress disorder]. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013. Vol. 3, pp. 46—72.
2. Leahy R., Sampl R. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: kognitivnobihevioral'nyj podhod [Posttraumatic stress disorder: cognitive-behavioral approach]. *Moskovskij psihoterapevticheskij zhurnal = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2002. Vol. 1, pp. 1—18.
3. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Psihicheskaya travma i kartina mira. [Psychological trauma and basic assumptions]. M.: Institut psihologii RAN, 2012. 206 p. (In Russ.)

4. Shvarc A. [Schwartz A.] Terapiya kompleksnogo posttravmaticheskogo rasstrojstva: prakticheskoe rukovodstvo. [The complex PTSD: workbook]. SPb: «Dialektika», 2020. 176 p. (In Russ.)
5. Effektivnaya terapiya posttravmaticheskogo lichnostnogo rasstrojstva. [Effective treatment for PTSD] / E.B. Foa, T.M. Kin, M. D. Fridman — red. [per. s angl. pod obshch. red. N.V. Tarabrinov]. M.: «Kogito-centr», 2005. 466 p.
6. Achterhof R., Huntjens R.J.C., Meewisse M.L., Kiers H.A.L. Assessing the application of latent class and latent profile analysis for evaluating the construct validity of complex posttraumatic stress disorder: cautions and limitations. *European Journal of Psychotraumatology*, 2019. Vol. 10(1), pp. 1—10. DOI: 10.1080/20008198.2019.1698223
7. Beck A.T. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 2019. Vol. 14(1), pp. 16—20. DOI: 10.1177/1745691618804187
8. Blankenship D.M. Five efficacious treatments for posttraumatic stress disorder: an empirical review. *Journal of Mental Health Counseling*, 2017. Vol. 39(4), pp. 275—288. DOI: 10.17744/mehc.39.4.01
9. Chu J.A., Dell P.F., Van der Hart O., Cardeña E., Barach P.M., Somer E., Loewenstein R.J., Brand B., Golston J.C., Courtois C.A., Bowman E.S., Classen C., Dorahy M., Sar V., Gelinas D.J., Fine C.G., Paulsen S., Kluft R.P., Dalenberg C.J., Jacobson-Levy M., Nijenhuis E.R.S., Boon S., Chefetz R.A., Middleton W., Ross C.A., Howell E., Goodwin G., Coons P.M., Frankel A.S., Steele K., Gold S.N., Gast U., Young L.M., Twombly J. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2011. Vol. 12 (2), pp. 115—187. DOI: 10.1080/15299732.2011.537247
10. Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 2011. Vol. 24 (6), pp. 615—627. DOI: 10.1002/jts.20697
11. Cloitre M., Courtois C.A., Ford J.D., Green B.L., Alexander P., Briere J., Herman J.L., Lanius R., Stolbach B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk B.A., Van der Hart O. The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults, 2012. https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concensus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf
12. Cloitre M., Garvert D.W., Brewin C.R., Bryant R.A., Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2013. No. 4, pp. 1—12. DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
13. Cloitre M., Garvert D.W., Weiss B., Carlson E.B., Bryant R.A. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 2014. Vol. 5, pp. 1—10. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25097
14. Cloitre M., Shevlin M., Brewin C. R., Bisson J. I., Roberts N. P., Maercker A., Hyland P. The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2018. Vol. 138, pp. 536—546. DOI: 10.1111/acps.12956
15. Corrigan F.M., Hull A.M. Neglect of the complex: why psychotherapy for post-traumatic clinical presentations is often ineffective. *BJPsych Bulletin*, 2015. Vol. 39, pp. 86—89. DOI: 10.1192/pb.bp.114.046995

16. Courtois C. A., Ford J. D. Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. Guilford Press, 2013. 378 p.
17. De Jongh A., Resick, P.A., Zoellner L.A., van Minnen A., Lee C.W., Monson C.M., Foa E.B., Wheeler K., ten Broeke E., Feeny N.C., Rauch S.A.M., Chard K., Mueser K.T., Sloan D.M., van der Gaag M., Rothbaum B.O., Neuner F., de Roos C., Hehenkamp L.M.J., Rosner R., Bicanic I.A.E. A critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 2016. Vol. 33 (5), pp. 359—369. DOI: 10.1002/da.22469
18. Distel M.A., Trull T.J., Derom C.A., Thiery E., Grimmer M.A., Martin N.G., Willemsen G., Boomsma D.I. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 2008. Vol. 38 (9), pp. 1219—1229. DOI: 10.1017/S0033291707002024
19. Fernández Fillol C., Serrano-Ibáñez E. R., Ruiz-Párraga G. T., Ramírez Maestre C., Esteve Zarazaga R., López Martínez A. E. Effective therapies for the treatment of complex posttraumatic stress disorder: A qualitative systematic review. *Salud Mental*, 2018. Vol. 41(2), pp. 81—90. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2018.013
20. Ford J.D., Courtois C.A. Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. NY: Guilford Press, 2013. 368 p.
21. Ford J.D. New findings questioning the construct validity of complex posttraumatic stress disorder (cPTSD): let's take a closer look. *European Journal of Psychotraumatology*, 2020. Vol. 11(1), pp. 86—93. DOI: 10.1080/20008198.2019.1708145
22. Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Hopper E. Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: A New Framework. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2017. Vol. 87 (1), pp. 86—93. DOI: 10.1037/ort0000225
23. Harter S.L., Alexander P.C., Neimeyer R.A. Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988. Vol. 56, pp. 5—8.
24. Hopper E.K., Grossman F.K., Spinazzola J., Zucker M., Courtois C.A. van der Kolk B.A. Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect: Component-Based Psychotherapy. The Guilford Press, 2018. 296 p.
25. Howard A.P. Treating Complex Stress Disorders in Children and Adolescents: Scientific Foundations and Therapeutic Models. *Child & Family Behavior Therapy*, 2014. Vol. 36 (2), pp. 140—150. DOI: 10.1080/07317107.2014.910734.
26. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M., Hyland P., Maercker A., Ben-Ezra M., Coventry P., Mason-Roberts S., Bradley A., Hutton P. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*, 2019. Vol. 49(11), pp. 1761—1775. DOI: 10.1017/S0033291719000436
27. Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A., Hidalgo J., Hunt C. Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment. *Directions in Psychiatry*, 2001. Vol. 21, pp. 373—392.
28. Maercker A., Brewin C.R., Bryant R.A., Cloitre M., van Ommeren M., Jones L.M., Humayan A., Kagee A., Llosa A.E., Rousseau C., Somasundaram D.J., Souza R., Suzuki Y., Weissbecker I., Wessely S.C., First M.B., Reed G.M. Diagnosis and

- classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 2013. Vol. 12(3), pp. 198—206. DOI: 10.1002/wps.20057
29. Pelcovitz D., van der Kolk B., Roth S., Mandel F., Kaplan S., Resick P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 1997. Vol. 10 (1), pp. 3—16. DOI: 10.1023/a:1024800212070
 30. Powers M.B., Halpern J.M., Ferenschak M.P., Gillihan S.J., Foa E.B. A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2010. Vol. 30(6), pp. 635—641. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
 31. Schamess G., Shilkret R. Ego psychology. In: J. Berzoff, L. M. Flanagan, P. Hertz (Eds.) Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts. Rowman & Littlefield, 2011, pp. 62—96.
 32. Spinazzola J., Hodgdon H., Liang Li-Jung, Ford J.D., Layne C.M., Pynoos R., Stolbach B., Briggs E.C., Kisiel C. Unseen Wounds: The Contribution of Psychological Maltreatment to Child and Adolescent Mental Health and Risk Outcomes. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 2014. Vol. 6 (1), pp. 18—28. DOI: 10.1037/a0037766
 33. Teicher M.H., Samson J.A., Anderson C.M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews Neuroscience*, 2016. Vol. 17 (10), pp. 652—666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111
 34. Terr L. Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 1999. Vol. 148, pp. 10—20. DOI: 10.1176/ajp.148.1.10
 35. Van der Kolk B.A. Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 2005. Vol. 35 (5), pp. 401—408. DOI:10.3928/00485713-20050501-06

Информация об авторах

Падун Мария Анатольевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Институт психологии РАН (ФГБУН ИП РАН), Москва, Российская федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>, e-mail: maria_padun@inbox.ru

Information about the authors

Maria A. Padun, Ph.D in Psychology, senior research assistant, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9876-4791>, e-mail: maria_padun@inbox.ru

Получена 09.11.2020

Принята в печать 30.08.2021

Received 09.11.2020

Accepted 30.08.2021