

Введение

*Эстер Деблингер
Джудит А. Коэн
Энтони П. Маннарино*

В детстве многие подвергаются серьезному воздействию стрессовых факторов. При этом полученный опыт отличается по критериям качества, частоты, интенсивности и степени воздействия. Некоторые из стрессоров встречаются достаточно часто (например, конфликты со сверстниками, смерть старших членов семьи), и детям удастся справиться с такими трудностями без вмешательства специалиста. Травматические события в детстве, хотя и происходят реже, также распространены и с большей вероятностью оказывают разрушительное воздействие на психику, подрывая чувство безопасности, защищенности ребенка и вызывая у него сильные чувства ужаса, страха, стыда, гнева, беспомощности и (или) никчемности. К потенциально травмирующим событиям детства относятся сексуальное или физическое насилие над ребенком, домашнее или общественное насилие, утрата близкого человека, природные или антропогенные катастрофы, войны или опыт беженства, тяжелые автокатастрофы, пожары и (или) медицинские травмы (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Многие дети — вероятно, отличающиеся стрессоустойчивостью или генетическими особенностями, от природы обладающие эффективным стилем копинга и (или) сильными системами поддержки, — проявляют резильентность даже в условиях крайне тяжелых травматических событий. Однако полученные результаты исследований подтверждают, что у значительной доли лиц, переживших детскую травму, возникают дезадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции, нарушающие их психологическое развитие. Изучение негативных последствий детской травмы началось много десятилетий назад. Исследователи из Национального института психического

здоровья провели, вероятно, первое крупномасштабное исследование влияния травмы на детей, изучив психосоциальные реакции школьников на торнадо, обрушившееся на кинотеатр, где они собрались на дневной сеанс (Bloch, Silber & Perry, 1956). Второе основополагающее исследование проводилось в 1970-е годы после похищения детей из школьного автобуса в городе Чоучилла, штат Калифорния. Терр (1985) провел проспективное исследование разворачивающихся реакций на травму у похищенных детей в сравнении с контрольной группой, подобранной по возрасту и полу. С тех пор исследователи изучают посттравматические реакции детей, и результаты продолжают демонстрировать тесную связь между травмой детства и повышенным риском развития симптомов посттравматического стресса, депрессии, проблем с поведением, психотических симптомов, проблем с употреблением психоактивных веществ, а также других эмоциональных и поведенческих проблем (Arseneault et al., 2011; Briere & Elliott, 2003; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Khoury, Tang, Bradley, Cubells & Ressler, 2010; Maercker, Michael, Fehm, Becker & Margraf, 2004; McKay, Lynn & Bannon, 2005; Putnam, 2003).

Кроме того, недавние исследования показывают, что дети, пережившие одно травмирующее событие, с высокой вероятностью пережили травмы и другого характера (Turner, Finkelhor & Ormrod, 2010). Более того, и ретроспективными, и проспективными эмпирическими исследованиями достоверно установлено, что многочисленный травматический опыт в детстве тесно связан с прогрессирующим ухудшением состояния (Felitti et al., 1998; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009).

Клинические описания интервенций, разработанных с целью устранения последствий детской травмы, появились несколько десятилетий назад. Однако эмпирическое исследование эффективности этих методов лечения началось относительно недавно. Когда мы начали разработку и оценку интервенций, направленных на лечение ПТСР у детей, в научной литературе практически отсутствовали публикации, подтверждающие их эффективность. По сути, разработка и оценка ТФ-КПТ у детей и подростков стала ответом на этот очевидный пробел в научной литературе.

С середины 1980-х в отдельных научно-клинических центрах Питтсбурга (Джудит А. Коэн и Энтони П. Маннарино) и Нью-Джерси (Эстер Деблингер) мы начали проводить независимые исследовательские работы. Их целью было выявление специфических проблем, возникающих у детей, переживших травму — с первоначальным фокусом на сексуальное насилие (Cohen & Mannarino, 1988; Deblinger, McLeer, Atkins, Ralph & Foa, 1989; Mannarino & Cohen, 1986; Mannarino, Cohen & Gregor, 1989; Mannarino, Cohen, Smith & Moore-Motily, 1991; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa & Ralph, 1988), — чтобы заложить основу для разработки научно обоснованных интервенций для этой категории населения. Первоначально мы внедрили и оценили клиническую эффективность предварительных протоколов лечения (Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger, McLeer & Henry, 1990), а также провели несколько независимых рандомизированных контролируемых исследований индивидуальной (Cohen & Mannarino, 1996, 1998; Deblinger, Lippmann & Steer, 1996) и групповой (Deblinger, Stauffer & Steer, 2001) травма-фокусированной терапии.

ТФ-КПТ, описанная в книге «Дети, столкнувшиеся со смертью и насилием. Комплексная психологическая помощь» (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006), на обучающей платформе TF-CBTWeb и в данной книге, отражает интеграцию наших более ранних моделей терапии (Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger & Heflin, 1996), а также результат нашего продолжающегося совместного сотрудничества. В рамках нашего первого крупномасштабного исследования мы изучали эффективность ТФ-КПТ в сравнении с терапией, сфокусированной на ребенке¹ (Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004). Результаты показали, что те, кто был направлен на ТФ-КПТ, демонстрировали значительные улучшения в отношении симптомов ПТСР, депрессии, поведенческих проблем, чувства стыда и дисфункциональных убеждений, связанных с насилием. Их родители, в свою очередь, сообщили об укреплении навыков поддержки и уменьшении дистресса. Кроме того, эти результаты обычно сохранялись в течение года последующего наблюдения (Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer, 2006). Выводы нашего последнего многоуровневого аналитического исследования продемонстрировали эффективность

¹ Child-centered therapy (англ.).

ТФ-КПТ у маленьких детей (в возрасте от четырех до одиннадцати лет) как в восьмисессионном, так и 16-сессионном форматах. Особенно отмечается роль травматического нарратива в восьмисессионном протоколе: такой подход показал высокую эффективность в снижении страха и генерализованной тревожности (Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon & Steer, 2011). Результаты также свидетельствуют о том, что компоненты, направленные на развитие навыков, в частности навыков родительства, сыграли, вероятно, наиболее важную роль в решении поведенческих проблем (Deblinger et al., 2011), что подтвердило более ранние выводы (Deblinger et al., 1996). Эффективность терапии у детей, подвергшихся насилию со стороны близкого партнера (НСБП), также была недавно оценена в рандомизированном исследовании в амбулаторных условиях. Результаты показали, что по сравнению с детьми, которые проходили клиент-центрированную терапию (обычное лечение), те дети, которым было назначено восемь сессий ТФ-КПТ, продемонстрировали значительное снижение симптомов ПТСР и тревожности, связанных с НСБП (Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011). Недавние исследования также доказали пользу ТФ-КПТ для детей с посттравматическим горем (Cohen, Mannarino & Staron, 2006), для детей, получивших травму в связи с событиями 11 сентября (CATS Consortium, 2010) и ураганом «Катрина» (Jaysох et al., 2010). Метод эффективен и в условиях высокой подверженности травме: например, у детей на патронатном воспитании (Dorsey, Cox, Conover & Berliner, 2011; Lyons, Weiner & Scheider, 2006) и у детей, переживших насилие и утрату в странах с низким уровнем ресурсов (Dorsey, Murray, Balusubramanian & Skavenski, 2011; Murray et al., 2011). Существует множество подходов к лечению детской травмы, однако недавние обзоры эмпирической литературы показывают, что ТФ-КПТ имеет более обширную научную поддержку своей эффективности в лечении детей, страдающих ПТСР и связанными с ним эмоциональными и поведенческими проблемами (Bisson et al., 2007; Saunders, Berliner & Hanson, 2004; Silverman et al., 2008). На данный момент проведено 22 научных исследования, посвященных эффективности ТФ-КПТ, включая 12 рандомизированных контролируемых исследований. Кроме того, ТФ-КПТ получила очень высокие оценки благодаря своей эффективности, осуществимости и возможности

применения на основании обширных обзоров результатов лечения, спонсируемых Министерством юстиции (Saunders et al., 2004), Калифорнийским информационным центром доказательных практик в области детского благополучия, Министерством здравоохранения США, а также Национальным реестром научно обоснованных программ и практик Управления по борьбе с наркотической зависимостью и охране психического здоровья.

Благодаря убедительным доказательствам эффективности ТФ-КПТ неудивительно, что в последнее десятилетие спрос на ее изучение вырос. На сегодняшний день насчитывается уже более 18 центров обучения модели на уровне штатов. Их цель — распространение знаний среди административных учреждений, супервизоров, а также специалистов в области психического здоровья (Sigel & Benton, 2011). Кроме того, нами разработана программа «Обучи тренера» с целью повышения доступности очных терапевтических тренингов. В частности, мы совместно с коллегами из Медицинского университета Южной Каролины создали бесплатный вводный онлайн-курс по ТФ-КПТ (www.musc.edu/tfcbt; www.musc.edu/ctg) и веб-сайт для консультаций (www.musc.edu/tfcbtconsult), которые могут использоваться специалистами на постоянной основе. На сегодняшний день более 100 000 психотерапевтов из США и других стран зарегистрировались на сайте для онлайн-обучения. Такой формат также позволяет получать практические данные, которые будут служить основой для улучшения и расширения использования ТФ-КПТ среди соответствующих групп населения.

Эта книга отражает работу по внедрению выводов и знаний, полученных за последние два десятилетия в результате исследований, клинической работы, а также образовательной деятельности и распространения информации в области ТФ-КПТ. Первоначально основу для разработки составили когнитивно-поведенческие принципы, но для повышения эффективности терапии у детей, перенесших широкий спектр травм, мы опирались и на другие теории. Среди них — гуманистическая теория, теория привязанности, системная семейная терапия и модели расширения возможностей (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Как уже отмечалось ранее, травматический опыт способен нарушить психосоциальное развитие ребенка и подорвать благополучие